

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1917-1918. — N° 3

LA
VERSION DE BRAXTON-HICKS

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

à la Clinique obstétricale de Lyon

(1905-1917)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claudius-François MONTIBERT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 11 Septembre 1888



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, rue de la Barre, 12

—
1917

LA
VERSION DE BRAXTON-HICKS

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

à la Clinique obstétricale de Lyon

(1905-1917)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1917-1918. — N° 3

L A

VERSION DE BRAXTON-HICKS

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

à la Clinique obstétricale de Lyon

(1905-1917)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claudius-François MONTIBERT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 11 Septembre 1888



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, rue de la Barre, 12

1917

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
X ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, RENAUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
Cliniques chirurgicales	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET.
Chimie biologique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène	X ..
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (Lucien).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. CONDAMIN et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MON FRÈRE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon.

Accoucheur des Hôpitaux.

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Avant de présenter ce travail, nous tenons à adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont permis d'aborder et de poursuivre nos études médicales.

Notre plus grande reconnaissance va à nos chers Parents qui ont présidé à notre éducation et nous ont toujours témoigné la plus vive affection. Rien ne saurait les dédommager de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour nous, et nous serons toujours leur débiteur. Nous n'aurons garde d'oublier tous nos Maîtres des Hôpitaux, qui nous ont toujours témoigné le plus grand intérêt, MM. les Docteurs Rafin et Chabalier, de l'hôpital Saint-Joseph ; M. le Professeur Collet ; MM. les Professeurs agrégés Chatin, Nové-Josserand, Villard, Laroyenne ; MM. les Docteurs Leclerc, Péhu, Favre, Bériel, médecins des Hôpitaux ; M. le Docteur Desgouttes, chirurgien des Hôpitaux.

Que M. le Professeur Fabre, qui nous fait l'honneur d'être notre président de thèse, après en avoir été l'inspirateur, reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

LA VERSION DE BRAXTON-HICKS

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

à la Clinique obstétricale de Lyon

(1905-1917)

CHAPITRE PREMIER

Généralités.

Le placenta prævia est une des complications les plus dangereuses auxquelles soient exposées les femmes pendant leur grossesse. Rien d'étonnant qu'il ait effrayé les accoucheurs anciens et modernes complètement désarmés devant lui, à tel point qu'Ambroise Paré conseillait de ne rien tenter sur la parturiente, mais d'abandonner son corps au soins de la nature en recommandant son âme à Dieu, et que Paul Dubois disait : « si quelque chose pouvait me faire renoncer à la pratique des accouchements ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies du placenta prævia. »

Anatomiquement, l'utérus gravide étant divisé en trois zones de dix centimètres, le placenta normalement inséré est fixé sur la zone moyenne. Le placenta dit prævia, au contraire s'insère sur la zone infé-

rieure, zone dangereuse de Barnes, zone d'insertion basse. C'est là, la définition anatomique du placenta prævia.

Maggiar, élève de Pinard, considère comme placentas prævia tous ceux qui rentrent dans ce cadre anatomique. Examinant systématiquement les délivres de ses accouchées, il retient tous les cas où la rupture s'est effectuée à moins de dix centimètres du bord placentaire, qu'elle qu'ait été l'allure clinique de l'accouchement. La réunion de toutes ces observations sert de point de départ à l'établissement de sa statistique, et l'on s'explique alors qu'il puisse conclure que les accidents du placenta prævia sont relativement rares, que la mortalité maternelle et fœtale soient très peu élevées. Mais, qui dit insertion vicieuse ne dit pas *a priori* accouchement anormal. Il n'est pas rare que la rupture juxta placentaire constatée à l'examen du délivre ait seule fait soupçonner l'existence d'une insertion basse du placenta.

Cette définition anatomique du placenta prævia est donc trop large, et nous ne l'adopterons pas. Elle a l'inconvénient de fausser les statistiques en donnant une idée inexacte de la gravité de l'affection, parce qu'elle englobe une quantité importante d'accouchements dont l'allure clinique a été normale.

Nous rangeant à côté de la majorité des auteurs, nous n'y ferons rentrer que l'insertion basse compliquée, au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Les complications de l'insertion vicieuse du placenta sont nombreuses. On sait qu'il favorise les présentations anormales, par suite du défaut d'enga-

gement de la tête auquel il s'oppose, que l'accouchement prématuré et la rupture précoce des membranes sont fréquents, que dans le cours du travail, il n'est pas rare de trouver un membre ou le cordon pro-cidents. Mais, ce qui en fait la caractéristique, et aussi toute la gravité, c'est l'hémorragie. Elle manque rarement. Nous l'avons toujours observée. Elle compromet la mère et l'enfant quand elle ne tue pas l'un ou l'autre, ou les deux à la fois. Attribuée par Jacquemier au développement du segment inférieur à un moment où le placenta complètement développé lui-même ne peut le suivre et se décolle, elle serait, d'après Depaul, d'autant plus précoce, plus abondante et inévitable que l'arrière-faix s'insère plus complètement sur la région antéro-inférieure du segment. Le segment, en effet, se développe beaucoup plus en avant qu'en arrière, et l'hémorragie est moins constante et moins abondante quand l'insertion se fait en arrière du col, dans cette région qui subit le moins de modifications à la fin de la grossesse. A cette cause des pertes vient s'en joindre une autre si le délivre recouvre une partie importante de l'orifice interne : l'effacement du col, qui se produit dans le courant du neuvième mois ou au moment du travail, s'ajoute au développement des parties avoisinantes.

Quoiqu'il en soit, l'hémorragie est un accident de la fin de la grossesse, des trois premiers mois, dit-on. Dans deux seulement de nos observations, les pertes sont survenues plus précocement. Dans l'une (obs. IX), presque dès le début de la grossesse, la malade avait

tous les quinze jours ou trois semaines des pertes irrégulières durant un jour ou deux..... Dans l'autre (obs. V), les hémorragies surviennent périodiquement au moment des règles, et cela jusqu'à la fin de la grossesse..... Survenant insidieusement, indolores, peu abondantes au début, elles se renouvellent, augmentant parallèlement de fréquence et de quantité; la malade rapidement anémiée inquiète bientôt son entourage. C'est souvent à la suite d'une de ces hémorragies, plus abondantes que les précédentes, que le travail se déclare prématurément. La grossesse n'arrive pas toujours à son terme; sa durée est abrégée et le travail commence avant la date normale; il s'accompagne d'hémorragies nouvelles.

Plusieurs fois (12 cas), la grossesse a été normale. La première hémorragie n'est survenue qu'au début du travail. C'est, par exemple (obs. XV), au matin, après une nuit passée sans incident, que la malade s'est réveillée subitement et dit avoir eu immédiatement la sensation que la poche des eaux se rompait. Son lit est inondé de sang. Il n'y a pas eu de douleurs.....

Le travail commencé, l'hémorragie continue; elle commande l'intervention si l'on ne veut pas que la malade succombe : la vie s'échappe avec le sang. Ces hémorragies du travail sont successives. Il n'est pas fréquent que la première inquiète un observateur non prévenu. D'abondance variable, entrecoupées de périodes d'accalmie, elles se reproduisent fatalement et il faut bien savoir que par leur répétition, ces

hémorragies successives ne tarderont pas à mettre la malade dans un état d'anémie aiguë. Il y a une forme qui est particulièrement grave, parce que relativement insidieuse : l'hémorragie affecte le type d'un simple suintement peu abondant, mais continu. Le suintement cesse, puis se reproduit ainsi alternativement. Progressivement, l'état de l'accouchée devient très grave. Il faut bien connaître ces hémorragies peu émouvantes au début ; elles doivent être considérées comme très sérieuses et entraîner une décision immédiate que des gens non expérimentés pourraient trouver trop précoce. A tout moment du travail, la parturiente peut se trouver en état d'anémie aiguë. Elle devient pâle, éprouve un certain malaise général et se plaint de douleurs des reins et d'une soif ardente. Dans certains cas, on observe une grande agitation, des mouvements multiples, et une soif d'air telle que la malade supplie qu'on ouvre les fenêtres pour lui permettre de respirer ; elle a des baillements ; son pouls est petit, fréquent. Très souvent, il y a du subdélire ; la malade demande qu'on la laisse tranquille, profère des injures et veut écarter les personnes qui lui donnent des soins. Elle a des éblouissements, des vertiges, des sensations de froid. Les symptômes précédemment constatés s'aggravent : le pouls devient plus rapide, la pâleur de la face augmente, les muqueuses deviennent bleuâtres, par suite de l'asphyxie menaçante. Que le traitement approprié ne soit pas appliqué de suite, la terminaison fatale est inévitable. Elle survient soit par syncope, soit par asphyxie. Ce tableau reproduit

d'une façon exacte celui des grands blessés ayant saigné abondamment.

Cet état d'anémie aiguë s'installe après des pertes dont la quantité varie avec chaque malade. Dans l'observation II, on note une perte de sang de 2.400 gr.; cependant, la malade n'a jamais présenté un état vraiment inquiétant; par contre, avec une hémorragie totale beaucoup plus faible, la malade de l'observation XI eut des symptômes d'anémie assez marqués.

L'hémorragie du placenta prævia avant l'intervention a été très abondante chez la plupart de nos malades. On sera peut-être étonné de la quantité importante de sang perdu par certaines de nos accouchées : plus de 2.000 grammes dans 3 cas (obs. II, VII, A); de 1.000 à 2.000 grammes dans 10 observations (obs. III, VI, X, XII, XIV, XV, XX, XXIV, XXVI, XXVII). Ces chiffres ne sont pas exagérés, parce que nullement approximatifs. Voici de quelle manière la perte de sang a toujours été évaluée. Le sang perdu est recueilli dans des récipients gradués. Le drap, placé sous la malade a été pesé à sec avant l'accouchement. Son poids est donc connu. On détermine donc, d'une façon précise, la quantité de sang qui l'imbibe par une nouvelle pesée. L'addition de ces deux chiffres, contenu des récipients, sang répandu sur le drap, fait connaître la quantité totale de sang perdu pendant l'accouchement. Nos chiffres n'accusent que les pertes observées dans le service. N'y figurent pas, les pertes antérieures à l'entrée des malades, que l'on n'évalue que par des termes imprécis ; elles ont été néanmoins souvent très abondantes, puisque cer-

taines de nos malades sont arrivées fort anémiées. L'évaluation de la perte totale est donc plutôt inférieure à la réalité.

En somme, l'hémorragie domine toute la symptomatologie du placenta prævia. Nous donnerons donc de l'insertion vicieuse du placenta, la définition clinique suivante : complication de la fin de la grossesse et du travail, se caractérisant par des hémorragies dont l'abondance menace la vie de la mère.

On s'imagine facilement la gravité d'une pareille affection si le traitement n'est pas énergique, par la précocité de la décision, et approprié, par le choix d'une méthode dont les résultats soient vraiment favorables. Elle est vraiment terrible et le temps n'est pas encore bien loin où les statistiques mentionnaient une mortalité maternelle de 40 %.

Nombreux sont les traitements proposés pour la combattre. Guillemau, élève de Paré, considère que le plus sûr et le plus expédient est de délivrer soudainement la femme, de tirer l'enfant sans couper le cordon et de l'enlever le plus dextrement que faire se pourra. Portal et Mauriceau décollent le placenta, rompent les membranes et pratiquent la version. Si, par hasard le placenta se présente le premier, on se hâte de l'extraire sans couper le cordon. En somme, on agit sous l'influence d'une seule préoccupation, débarrasser au plus vite la femme : « que plus tôt la matrice sera désemplie, plus vite la perte s'arrêtera ». C'est là le point de départ de l'accouchement forcé de Levret. Ce procédé eut des conséquences désastreuses et la méthode de Puzos est précisément venue

s'inscrire contre des pratiques aussi brutales. Puzos préconise la rupture précoce et large des membranes. Cette manœuvre entraîne l'écoulement des eaux ; elle a pour effet d'exciter davantage les contractions. Le resserrement des vaisseaux qui en est la conséquence, et leur compression par l'engagement de la partie fœtale que ces contractions favorisent, amènent l'arrêt de l'hémorragie. Elle soustrait surtout le placenta inséré sur le col au tiraillement des membranes insérées de l'autre côté.

Leroux, de Dijon, pratique le tamponnement qui arrête l'hémorragie, détermine le travail et permet à la dilatation de se compléter.

Braxton-Hicks met en évidence tous les avantages d'une méthode préconisée pour la première fois en 1817, par d'Outrepoint. Il fait la version précoce par manœuvres combinées externes et internes, amène un pied dans le col, se servant ainsi du siège du fœtus pour comprimer le placenta. L'hémorragie est arrêtée et le reste de l'accouchement se fait spontanément.

Le ballon, méthode de traitement instituée par Barnes, agit comme hémostatique et comme dilateur. La dilatation étant complète, il faut terminer l'accouchement par le forceps et la version.

Dans ces dernières années enfin, certains accoucheurs allemands, Krönig entre autres, ont préconisé la césarienne abdominale pratiquée d'emblée chez toute femme atteinte de placenta prævia central, pour éviter une distention trop grande de l'isthme utérin, cause d'une hémostase difficile à réaliser. Pour que cette intervention soit utile, il faudrait

qu'elle fût effectuée précocement, à un moment où le diagnostic est rarement fait. Le plus souvent, on se trouve en présence de malades déjà fortement anémisées. Il serait inopportun de faire une césarienne. Pratiquée sur une malade très affaiblie, elle donnerait des résultats peu encourageants. Nous croyons néanmoins qu'elle peut utilement être tentée s'il s'agit, par exemple, d'une primipare près du terme, ayant eu une hémorragie importante, mais ne saignant plus et ne présentant plus de signes d'anémie.

Nous ne parlerons que pour mémoire des injections chaudes à 48 ou 50 degrés. Elles pourront rendre service dans les petites hémorragies de la grossesse. On n'attendra pas d'elles l'arrêt des grandes hémorragies du travail.

Tels sont rapidement résumés les principaux traitements de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. On a beaucoup discuté sur leurs valeurs respectives et nombreux sont les statistiques publiées pour les défendre.

Nous apportons ici 34 observations de placenta prævia soignés à la Clinique obstétricale de Lyon, de 1905 à 1917, sur 14.793 accouchements.

Il s'agit d'insertions vicieuses cliniquement graves. Ces observations ont été pour la plupart prises heure par heure, et les différentes phases de l'accouchement ont été suivies et soigneusement notées par les stagiaires de la Clinique. Quelques-unes sont moins complètes, et l'on n'y trouvera qu'un bref résumé qui comporte néanmoins les points essentiels. Les 27 premières observations sont celles de tous les cas soignés

par la manœuvre de Braxton-Hicks. Pour les classer, nous n'avons pas conservé l'ordre chronologique qui ne signifie rien, mais, examinant l'état du col au moment où la manœuvre a été faite, nous avons placé en premier lieu les dilatations les plus faibles. Les 7 dernières observations (A à G) sont celles de malades chez lesquelles le Braxton-Hicks n'a pas trouvé d'indication et où diverses interventions ont été pratiquées : version, forceps, embryotomie.... Le Braxton-Hicks, que nous considérons comme la méthode de choix, a donc presque toujours été, sauf quelques contre-indications que nous étudierons plus loin, systématiquement pratiqué. Cette méthode a trouvé, surtout en France, de nombreux adversaires. Les résultats vraiment trèsfavorables qu'elle lui a donnés, ont engagé M. le Prof. Fàbre à en faire le sujet de notre thèse. Il nous a très obligeamment communiqué ses observations et aidé de ses conseils. Nous l'en remercions bien vivement, ainsi que l'accueil très bienveillant que nous avons reçu de lui à la Clinique.

CHAPITRE II

La version par manœuvres mixtes internes et externes ou de Braxton-Hicks.

La méthode fut décrite pour la première fois en 1817, en Allemagne, par d'Outrepont. Elle était déjà pratiquée par Bush, Braun, Hamilton et Robert Lee. Mais ces différents auteurs ne sont, en quelque sorte, que des précurseurs. C'est à Braxton-Hicks que revient le mérite d'en avoir exposé les détails et la technique d'une façon complète, dans une communication qu'il fit à la Société obstétricale de Londres en 1863. Il a fait du procédé qui porte son nom, bien qu'il ne l'ait pas imaginé, une heureuse application au traitement du placenta prævia.

Voici quelle est sa technique. Le col étant suffisamment dilaté pour admettre un ou deux doigts, la poche des eaux n'étant pas rompue, la présentation étant normale « la parturiente est placée dans la position obstétricale, et un doigt d'une main est introduit dans le col. Après avoir reconnu la tête et sa position, je place l'autre main sur l'abdomen au niveau du fond de l'utérus. Je reconnais le siège et avec cette main, j'appuie doucement mais avec fermeté pour l'abaisser, tandis qu'en même temps, la

main intérieure repousse la tête dans le sens opposé pour la faire remonter au-dessus du détroit supérieur. Au moment même où elle le dépasse, le siège est arrivé au niveau du diamètre transverse de l'utérus, et l'épaule correspond à l'orifice utérin. On repousse cette dernière de la même façon qu'on a fait pour la tête, et après une nouvelle et légère pression exercée à l'extérieur sur le siège, le genou touche le doigt et peut être ainsi saisi et attiré en bas. »... Cette saisie du pied est faite à travers les membranes et la rupture de la poche se produit à ce moment.

Braxton-Hicks recommande de n'agir que dans l'intervalle des contractions. Pour lui, un des principaux avantages de la méthode, est de pouvoir agir dès le début de la période de dilatation, à un moment où les contractions ne sont ni fréquentes, ni énergiques.

Si les membranes sont rompues, la manœuvre est encore plus facile dans le cas de présentation du siège, car il suffit alors de faire pénétrer deux doigts au travers de l'orifice utérin pour atteindre et accrocher le genou.

D'ailleurs, le simple abaissement du pied, dans une présentation du siège, est appelé aussi en langage obstétrical, procédé de Braxton-Hicks : « la nature a fait la première partie de l'opération, l'opérateur fait la seconde. »

Le résultat du Braxton Hicks est d'amener un pied dans le col, de le tirer au dehors. Le siège de l'enfant s'adaptant exactement à la configuration de l'utérus appuie sur la surface saignante et réalise au

mieux l'hémostase. Le reste de l'accouchement est laissé aux soins de la nature.

Telle est la méthode à laquelle Braxton-Hicks a donné son nom et dont nous apportons 27 nouvelles observations. Une technique analogue y a été suivie.

L'anesthésie, en diminuant ou supprimant les contractions, facilite l'évolution du fœtus. Elle a presque toujours été pratiquée, suivant la méthode lyonnaise : anesthésie mixte commencée au chlorure d'éthyle, continuée ensuite à l'éther.

La malade anesthésiée, placée dans la position obstétricale, on introduit la main dans le vagin et deux doigts ou plus pénètrent dans la cavité cervicale, suivant l'état de sa dilatation. Si la dilatation du col n'est pas suffisante pour laisser passer deux doigts, on pratique la dilatation artificielle, comme dans les observations I, et XXVII. Si les membranes ne sont pas rompues, on peut les rompre suivant le procédé classique, mais il n'y a aucun avantage à le faire systématiquement. La manœuvre s'effectue très bien au travers des membranes : l'évolution du fœtus n'en est que plus aisée, la rupture se produit au moment de la sortie du pied. Mais lorsque le placenta obstrue le centre même de l'orifice cervical, la pénétration de la main dans la cavité utérine est moins aisée. Pour y réussir, il faut avoir recours à l'un des deux procédés suivants :

Tantôt on décolle le placenta, là où l'on suppose que son bord n'est pas trop éloigné de l'orifice interne, surtout en avant. Quand le doigt arrive jusqu'aux membranes, ou tout près d'elles, on les rompt par

pression. Ce procédé, déjà recommandé par Mauriceau, est le meilleur. Mais il n'est pas toujours aisé d'atteindre le bord du placenta et pour aborder les membranes, il est souvent nécessaire d'introduire la main tout entière dans le vagin, afin de permettre au doigt d'entrer profondément dans la cavité utérine. Dans l'observation IV, le placenta est perçu presque partout ; le doigt arrive à le cliver à droite et à rompre les membranes... Observ. V : on décolle environ 7 à 8 centimètres de placenta, à droite du col, pour trouver les membranes. Celles-ci sont perforées et les doigts vont à la recherche d'un pied... Le décollement n'a donné aucun résultat chez la malade de l'observation VII : ... on décolle le placenta sur le bord gauche du col, de façon à atteindre les membranes ; on ne peut y parvenir. On perfore alors directement le placenta...

Si donc les membranes ne peuvent être rompues, force est bien de passer au travers du placenta. C'est le second procédé très bien décrit par Deventer. Il est d'une exécution plus difficile ; aussi, cet auteur ne l'employait-il, quoi qu'on en ait dit, que lorsqu'il n'avait pas pu atteindre les membranes en décollant le placenta jusqu'à son bord. Il faut dilacérer avec un ou deux doigts le tissu placentaire et le chorion, puis trouer l'amnios. A ce moment surgit une difficulté tenant à ce que l'amnios au lieu de se laisser déchirer se sépare du chorion placentaire et fuit devant le doigt (obs. VII). Pour l'empêcher de fuir ainsi, il suffit d'augmenter sa tension et pour ce faire de comprimer de haut en bas le fond de l'utérus avec la

main restée libre. La perforation directe du placenta a été effectuée dans les observations XIII, XIX, XXII, XXIII. Enfin, si après rupture des membranes l'orifice créé est insuffisant à laisser passer les doigts, il peut être nécessaire de l'élargir en dilacérant le placenta (obs. XVI, XVII).

La présentation est maintenant accessible, rien ne s'oppose plus à l'exécution de la manœuvre. On introduit deux doigts, ou plus, de la main dans le col, suivant l'état de sa dilatation. Il n'est pas indifférent d'introduire l'une ou l'autre main. Le but que l'accoucheur se propose est d'amener un pied. Il est important de choisir la main qui se dirige le plus facilement vers les pieds du fœtus. Leur situation dans la cavité utérine doit donc être bien connue de l'accoucheur qui les aura recherchés par la palpation externe. La main à introduire est, en définitive, celle de même nom que le côté qu'occupent les pieds.

Les deux ou trois doigts introduits dans l'utérus vont maintenant jouer un rôle presque passif : ils sont destinés à saisir simplement au passage le pied que l'évolution du fœtus, effectuée par la main externe, leur permettra d'atteindre. Cependant, ils ne restent pas complètement inactifs. En repoussant la présentation, ils facilitent l'évolution du fœtus *in utero* et ce refoulement leur donne la facilité de remonter aussi haut que possible dans la cavité utérine. Il ne s'agit pas en réalité d'un refoulement de bas en haut, mais plutôt d'un déplacement oblique, faisant remonter la présentation le long des parois de l'utérus.

Le rôle principal est maintenant dévolu à la main

qui agit extérieurement. Cette main est, soit la main restée libre de l'accoucheur, soit, lorsque cela est possible, celle d'un aide guidée par les sensations de la main interne. Tandis que la main interne soulève et refoule la présentation, la main externe fait évoluer le fœtus. Par des pressions sur le siège, elle l'abaisse. La main interne se rend compte de ce qui passe au contact de ses doigts. Ce sont généralement d'abord les bras. Quand elle reconnaît un pied ou une partie quelconque du membre inférieur, elle le saisit, l'attire hors du col et l'amène dans le vagin. Doit-on amener le premier pied venu ? Oui, si les doigts n'en rencontrent qu'un. Mais si l'accoucheur a la possibilité du choix, il doit comme dans la version rechercher le pied correspondant à la hanche qui se dégagera en avant. Ce point est important. En amenant le bon pied on supprime le mouvement de rotation d'une demi circonférence que le fœtus devrait effectuer au cas où l'accoucheur dégagerait le pied postérieur (obs. XXVII).

L'évolution du fœtus et la saisie du pied constituent le temps délicat de l'intervention. L'évolution n'offre aucune difficulté si le fœtus est petit et si le liquide amniotique est abondant. Elle peut être longue et pénible s'il y a peu d'eau :.... la manœuvre est difficile et dure cinquante minutes, par suite de l'état de siccité de l'utérus (obs. XX). Dans un cas (obs. II) l'évolution, une fois commencée se fait très rapidement et l'on se trouve en présence d'un siège décomplété, mode des fesses ; les doigts sont introduits profondément ; on arrive à exécuter la manœuvre de Pinard-Mantel,

qui permet d'abaisser le pied. Enfin, le fœtus se présente en siège complet; la manœuvre se simplifie : l'un des pieds est saisi et attiré au dehors. C'est le cas le plus simple (obs. VI, XII, XV, XXI).

La manœuvre de Braxton-Hicks est faite. L'accouchement n'est pas terminé, mais l'hémorragie est arrêtée. La conduite de l'accoucheur est faite maintenant de surveillance et d'expectative.

CHAPITRE III.

Difficultés.

Parmi les objections soulevées par les adversaires du Braxton-Hicks, celle qui revient le plus souvent, c'est sa difficulté. Pour Tanienski, le Braxton-Hicks n'est à recommander qu'entre les mains d'un spécialiste. Auvard dit que si le Braxton-Hicks a été aussi heureux à Berlin, c'est grâce à l'habileté opératoire de cette école obstétricale. Pour Budin et Tarnier, elle demande une grande habileté. Fochier, en 1893, le considère comme difficile; mais revenant sur la question en 1903, alors qu'il l'a expérimenté, il le trouve bon pour l'accoucheur qui n'a que les doigts au bout des mains.

Par contre, Paolo Negri est enthousiaste de l'abaissement du pied; il est, dit-il, facile à pratiquer sous le chlôroforme.

Nous ne nous illusionnons pas sur les difficultés de la méthode qui sont réelles, et ne chercherons pas à les esquiver. Bien au contraire, nous allons les rechercher dans nos observations et nous efforcer de dégager les moyens de les éviter et de les vaincre.

Pour que le Braxton-Hicks soit praticable, il est nécessaire et suffisant que deux doigts puissent être

introduits dans la cavité utérine. Il faut pratiquer la dilatation du col lorsque son orifice, à peine entr'ouvert, ne laisse pas passer au moins deux doigts. Les difficultés de la manœuvre tiennent en grande partie à l'insuffisante dilatation de l'orifice cervical. Les doigts, introduits avec peine, bridés par les bords de l'orifice, pénètrent difficilement dans la profondeur, se fatiguent rapidement (obs. XIV). Si c'est un avantage que de pouvoir pratiquer très précocement le Braxton-Hicks, il y a le revers de la médaille qui tient précisément à ce fait, qu'à ce moment la dilatation est à peine ébauchée, et que les deux doigts introduits dans le col n'atteignent le pied qu'après des efforts multiples. Mais ces difficultés ne sont pas insurmontables. Avec de la patience et la conscience nette de la nécessité d'arriver au but, après de multiples tâtonnements, le pied est enfin saisi et amené dans le col. La manœuvre, dit M. Fabre, paraît si difficile, lorsqu'on la commence, qu'elle semble irréalisable ; c'est à ce moment que l'accoucheur doit se dire : il faut que j'arrive au résultat. Dans l'observation I, la dilatation du col est faite avec un doigt, qui seul peut d'abord être introduit. Au bout de trois minutes, deux doigts réussissent à franchir l'orifice cervical. On commence alors la manœuvre..... Dans l'observation VI la dilatation est juste suffisante à laisser passer la cuisse... Il arrive en effet que la sortie du pied ne se fasse pas sans difficulté (obs. III) ; chez la malade de l'observation XV, on a quelque peine à faire passer le pied à travers l'orifice interne qui se rétracte facilement. Des pressions externes avec la

main qui sent nettement la saillie du talon, combinées à la traction par la main cervicale, permettent d'engager le pied dans le col... L'engagement du pied en extension rend sa sortie plus facile. L'état du col n'est malgré tout jamais un obstacle insurmontable à la pratique du Braxton-Hicks ; il n'est pas nécessaire que sa dilatation soit très avancée ; il suffit que deux doigts puissent franchir son orifice.

Nous ne reviendrons pas sur la rupture de la poche des eaux que nous avons étudiée précédemment. Elle n'est pas aisée lorsque le placenta est central. L'accoucheur n'arrive pas toujours jusqu'aux membranes en les décollant ; il doit alors s'ouvrir un chemin en perforant directement la masse placentaire.

La rareté du liquide amniotique, lorsque la poche des eaux est depuis longtemps rompue, peut gêner et même rendre impossible l'évolution du fœtus *in utero*. Dans l'observation XX, la manœuvre est difficile par suite de l'état de siccité de l'utérus. Chez aucune de nos accouchées on n'a été obligé de renoncer pour ce motif au Braxton-Hicks. Néanmoins le cas peut se présenter. Il faudrait alors avoir recours à une autre méthode de traitement, tamponnement et surtout ballon, et ne pas prolonger la manœuvre qui ne serait pas sans dangers. Un des reproches adressés d'ailleurs à la méthode de Puzos est précisément de provoquer un état de siccité de l'utérus qui rend difficile une intervention ultérieure ; c'est pour ce motif, qu'après échec du Puzos, le Braxton-Hicks doit lui succéder dans un laps de temps juste suffisant pour constater son inefficacité.

La saisie du pied, au cours de l'évolution du fœtus s'effectue avec plus ou moins d'aisance. Il n'est pas toujours possible d'amener le bon pied ; il ne faut pas hésiter à saisir le pied postérieur si celui-là seul est accessible. Les tractions sur le mauvais pied peuvent rendre l'évolution du fœtus extrêmement pénible. Ces difficultés sont surtout accentuées quand la poche des eaux est rompue depuis longtemps et qu'il y a peu de liquide dans l'utérus, mais il importe avant tout d'arrêter l'hémorragie, et ce but doit être réalisé, même au prix de difficultés supplémentaires (obs. XXVII).

Dans un de nos cas (obs. II) l'évolution imprimée par la main externe au fœtus se fait très rapidement et aboutit à une transformation en siège décomplété mode des fesses. On pratique la manœuvre de Pinard-Mantel pour abaisser le pied.

Les difficultés du Braxton-Hicks varient avec la position du fœtus dans la cavité utérine. Le cas le plus simple est le siège complet. L'évolution du fœtus est inutile : le pied est à portée de la main. Rien de plus aisé que de le saisir et de l'attirer à la vulve (obs. VI, IX, XII, XXI). Dans la présentation du sommet, le refoulement de la tête peut ne pas être facile si celle-ci est engagée. Mais, somme toute, le cas est assez rare, et nous n'avons rencontré qu'un seul cas (obs. III) où la tête fut déjà amorcée. Le placenta prævia empêche généralement l'adaptation de la tête. Elle reste élevée et mobile pendant la grossesse, même chez les primipares. Quoiqu'il en soit le refoulement doit être fait prudemment, et il

faut éviter toute manœuvre brutale susceptible d'amener une rupture du segment inférieur.

Le Braxton-Hicks s'est effectué sans incident dans l'observation XV où le fœtus se présentait par l'épaule. Chez la malade de l'observation IX, l'épaule est fortement engagée. Après l'échec d'une tentative de version céphalique, on amène un pied. L'épaule a toujours tendance à s'engager à côté du pied. Il faut repousser le bras procident, et remonter la tête qui, après quelques instants, vient se loger franchement vers le fond utérin...

Le cordon, refoulé par la pression utérine, est parfois rencontré pendant la manœuvre; il tend à devenir procident, et il est utile de le refouler (obs. IV). Laisse procident au-devant de la présentation, il entraîne fatalement la mort de l'enfant, qui succombe asphyxié; les tiraillements qu'il subit peuvent provoquer de nouvelles hémorragies (obs. XVI). Ce refoulement n'est cependant pas toujours possible.

Telles sont les difficultés que l'accoucheur rencontre au cours de la manœuvre de Braxton-Hicks. Il est incontestable qu'elle n'est pas simple et demande une certaine expérience. Est-à-dire que pour cela elle doit être abandonnée? Quelle méthode ne présente ni difficultés, ni inconvénients? La méthode de Puzos n'échoue-t-elle pas parfois? Le tamponnement ne prédispose-t-il pas à l'infection? Le ballon n'a-t-il pas donné des déboires? Au reste, il ne faut pas exagérer ces difficultés. Dans aucun de nos cas, elles n'ont obligé à choisir une autre méthode

de traitement. Il faut se persuader que l'on peut amener un pied, et il faut vouloir obtenir ce résultat. Néanmoins, il est sage de prévoir le cas où la manœuvre serait vraiment impraticable et faire préparer à l'avance un ballon de Champetier, prêt à parer à un échec possible. Cette précaution est toujours prise à la Clinique. On n'a jamais eu besoin d'y recourir.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications.

Un point sur lequel insiste Braxton-Hicks, c'est que l'un des principaux avantages de sa méthode est de pouvoir agir dès le début de la période de dilatation, à un moment où les contractions ne sont ni fréquentes, ni énergiques. Pour tous les auteurs, d'ailleurs, la manœuvre doit être précoce. Elle est indiquée dès la première hémorragie, toutes les fois que la dilatation du col, à peine ébauchée ou insuffisante, ne permet pas une extraction immédiate par le forceps ou la version. L'accoucheur doit, dès la première hémorragie, arrêter d'emblée sa ligne de conduite sans attendre de nouvelles pertes sanguines, et jusqu'à l'obtention d'une hémostase absolue.

Cependant, doit-on essayer au préalable la rupture artificielle des membranes sans la compléter par l'abaissement du pied ? Elle a souvent été pratiquée chez nos accouchées.

Quelle est l'influence de la rupture des membranes sur l'hémorragie du placenta prævia ? Depuis Puzos, on l'a vantée beaucoup et elle a donné des résultats favorables. Beaucoup d'auteurs adressent à la méthode de Puzos, le reproche d'être inefficace. Baudelocque,

notamment, dit n'avoir rencontré qu'un seul cas où la perte se fut arrêtée complètement après l'écoulement des eaux, sur 30 au moins dans lesquels le placenta était attaché au col de la matrice. Auvar, signale deux insuccès sur 16 cas. Müller, sur 11 cas, n'a eu que 6 résultats satisfaisants. Pour M. Fabre, l'hémorragie du travail est une indication incontestable de la rupture de la poche des eaux. Nombreux sont les cas où il a constaté la disparition immédiate et définitive de l'hémorragie, après le Puzos. Ce sont les cas bénins; ils n'entrent pas dans le cadre de notre travail. Il nous suffira de retenir que la méthode de Puzos détermine souvent la disparition de l'hémorragie, et que, par conséquent, elle doit être tentée chez la plupart des malades. La rupture peut se faire avec le doigt, surtout lorsque la poche des eaux est saillante, mais il est mieux de se servir d'un instrument. On choisit une branche de la pincè tire-col d'Hegar guidée sur le doigt. On s'assure en les touchant que les membranes bombent suffisamment pour ne pas blesser le fœtus. On accroche alors les membranes avec l'instrument et on les déchire. Il faut régler par la main introduite par la vulve, la rapidité d'écoulement du liquide, afin d'éviter une issue trop brusque qui risquerait d'entraîner le cordon et provoquerait une procidence et des accidents de compression. Il faut que la rupture soit pratiquée aussi large que possible (Eug. Hubert, Pinard).

Mais il est des cas où elle échoue. On relève 6 ruptures artificielles des membranes suivies d'échec complet dans nos observations (I, VI, X, XI, XVIII,

XXVI); l'écoulement a continué, ou s'il a cessé momentanément, il n'a pas tardé à reparaitre. Chez la malade de l'observation XXI, le médecin qui la traitait, en présence d'une hémorragie encore très forte, avec tendance à la syncope, pratique une large déchirure de la poche des eaux, à la suite de laquelle l'hémorragie semble s'« être modérée ». L'arrêt n'a donc pas été complet. La rupture spontanée des membranes n'a pas produit un meilleur résultat dans 5 autres cas (obs. IX, XV, XX, XXIV, G): l'hémorragie n'en a pas moins persisté.

De ceci, que faut-il conclure ? La méthode de Puzos est réellement efficace.

Dans ces conditions, on n'a pas le droit de refuser à une malade qui saigne, le bénéfice d'une intervention extrêmement simple : elle doit être tentée. Mais il ne faut pas oublier qu'elle échoue parfois. Si l'hémorragie se reproduit, une intervention plus complète s'impose et il ne faut pas attendre plus longtemps : l'indication du Braxton-Hicks est alors formelle.

Le reproche fait à la rupture artificielle de la poche des eaux, de mettre la femme dans un état défavorable à une intervention ultérieure, ne subsiste pas si l'accoucheur se décide immédiatement à ne pas s'en tenir là, dès qu'apparaît une nouvelle hémorragie. Attendre à ce moment, c'est exposer la femme à de nouvelles hémorragies, dont les résultats seront peut-être désastreux; un Braxton-Hicks pratiqué trop tard expose la femme à des manœuvres qui la feront perdre à nouveau; l'évolution du fœtus devient de

moins en moins facile, la cavité de l'œuf se vidant progressivement.

Enfin dans les cas graves (hémorragies abondantes accompagnées de symptômes généraux, placenta recouvrant le centre de l'orifice cervical), il est peut-être préférable de pratiquer le Braxton-Hicks immédiatement, sans attendre les résultats de la rupture des membranes. C'est ce qui a été fait chez les malades des observations II, IV, V, VII, XII, XIV, XVI, XVII, XXIII.

En résumé, en présence d'une hémorragie du travail, il faut déchirer largement les membranes et attendre. L'indication du Braxton-Hicks se pose immédiatement dès la première récive.

Y a-t-il des cas où le Braxton-Hicks n'est pas indiqué ou ne peut être pratiqué dès que l'indication en est posée ?

Le Braxton-Hicks est inutile si la dilatation du col est complète : on termine l'accouchement par le forceps ou la version. Il ne faut pas confondre Braxton-Hicks et version et nous insistons sur ce fait que nos Braxton-Hicks ne sont pas des versions. Ce qui caractérise le Braxton-Hicks, c'est que la dilatation du col étant peu avancée, deux ou quelques doigts d'une main peuvent seuls pénétrer dans l'utérus ; la main tout entière ne saurait y être admise. Le pied amené à la vulve, l'extraction immédiate du fœtus est impossible ; il y a une période d'attente pendant laquelle la dilatation du col doit se compléter. Cette période d'attente est d'ailleurs parfois relativement courte. Dans les vingt premières

observations, l'état du col, au moment du Braxton-Hicks, est le suivant : il n'admet qu'un seul doigt dans les deux premières observations ; deux doigts peuvent seuls y pénétrer dans les quinze suivantes ; dans les observations XVIII et XIX trois doigts pénètrent dans l'utérus ; dans l'observation XX, la dilatation est plus avancée, le col peut recevoir quatre doigts dans son plus grand diamètre et trois dans le plus petit. Nous n'avons pu retrouver l'état du col dans les six dernières observations de Braxton-Hicks. La version, au contraire, suppose un col complètement dilaté ou dilatable, la main toute entière pénètre dans l'utérus ; la version terminée, rien ne s'oppose à l'extraction immédiate du fœtus. Les deux méthodes ne se superposent donc pas ; elles ont chacune des indications bien distinctes.

Les contre-indications de la manœuvre de Braxton-Hicks peuvent tenir à l'état de l'utérus ou de son contenu. Dans les présentations transversales, lorsque la poche des eaux est depuis longtemps rompue, l'évolution du fœtus n'est pas aisée à cause de l'état de siccité de la cavité utérine. De même, la rétraction de l'utérus rend l'évolution impossible et contre-indique le Braxton-Hicks. La procidence du cordon ne constitue pas une contre-indication ; il ne faut pas hésiter à intervenir si l'hémorragie est inquiétante ; la compression du cordon par la cuisse du fœtus entraînera évidemment sa mort (elle ne serait d'ailleurs pas moindre avec l'engagement du sommet), mais, comme nous le verrons plus loin, le sort de l'enfant est toujours menacé dans le placenta

prævia, quel que soit le traitement mis en usage ; il ne faut pas hésiter à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. Tout au plus, peut-on attendre si, l'enfant étant vivant, l'hémorragie n'est pas abondante et ne s'accompagne pas d'anémie. C'est ce qui a été fait dans l'observation F. Il n'y avait qu'un léger suintement et pas de phénomènes généraux. On a pu se tenir dans l'expectative jusqu'au moment de la dilatation complète. L'accouchement a alors été rapidement terminé par la version ; l'enfant, née vivante, mourut au cinquième jour.

Il arrive parfois que l'état général de la parturiente est tel que la moindre intervention entraînerait une syncope mortelle. Ce sont des malades que l'on voit arriver saignées à blanc. Elles ont perdu abondamment sans qu'une intervention efficace ait été pratiquée et c'est dans un état voisin de la mort qu'on les voit pour la première fois. Faut-il faire un Braxton-Hicks ? Évidemment non : il ne serait pas supporté. Il vaut mieux attendre, faire un tamponnement vaginal, et traiter l'anémie par les moyens usuels. Cette conduite permet de gagner du temps et de mettre la malade à même de supporter l'intervention, si elle est plus tard jugée nécessaire. La parturiente de l'observation XXV est arrivée exsangue, présentant des syncopes répétées. On la remonte tout le jour, n'osant intervenir à cause de son état. Le lendemain matin, la malade, dont l'état général s'est amélioré, se remet à saigner. On fait un Braxton-Hicks. Guérison.

CHAPITRE V

Marche de l'accouchement et de la délivrance après la manœuvre de Braxton-Hicks.

Nous venons de voir que l'hémorragie du placenta prævia au cours du travail, doit faire poser immédiatement l'indication de l'abaissement du pied. Les résultats justifient les espérances. Dans toutes nos observations, on note immédiatement l'arrêt de l'hémorragie : l'hémostase est absolue. Elle est expliquée par la forme du siège qui comprime le placenta : c'est un cône dont la pointe est le pied, la base, la circonférence bitrochantérienne du fœtus qui va s'emboîter admirablement dans le segment inférieur et le col, de même forme que lui. La saillie de la fesse, correspondant au membre inférieur relevé, produit une compression plus grande que si les deux membres étaient abaissés. Il y a là cette adaptation intime qui est le secret d'une bonne hémostase et que le ballon le plus souple ne saurait jamais réaliser. Dans quelques rares cas, le contact n'est pas aussi parfait, puisque l'hémorragie réapparaît. Il est facile de l'arrêter en exerçant quelques légères tractions sur le pied procident. On augmente ainsi le

tamponnement réalisé par le siège, et l'hémorragie s'arrête aussitôt⁶ (obs. X, XIV); cette traction doit être très légère, discontinue et arrêtée dès que le résultat désiré est obtenu. Dans un de nos cas cependant (obs. XIV), dès que la traction est abandonnée, le suintement sanguin recommence. Dans l'observation IX, l'hémorragie réapparue après le Braxton-Hicks, était due aux tiraillements produits par un cordon procident. La section de ce cordon, l'enfant étant mort, permit de la faire immédiatement cesser. A part ces trois exceptions, qui ne constituent d'ailleurs pas un échec de la méthode, l'hémostase a toujours été parfaite. Il est donc permis de dire que les échecs signalés par Bitot, Auvard, Fritsch, Kücher, Lebert, Dupont, Neubaue, Beckmann doivent être extrêmement rares et que la manœuvre de Braxton-Hicks est d'une efficacité à peu près certaine. M. Fabre n'a observé qu'un seul échec. Il s'agissait d'une malade de sa pratique extra-hospitalière chez laquelle l'hémorragie persista malgré le Braxton-Hicks. Le placenta était décollé sur une très grande surface. Le décollement avait été provoqué par un ballon de Champetier placé par erreur entre le placenta et le col.

La disparition de l'écoulement sanguin, réalisée par la version mixte, laisse toute tranquillité d'esprit à l'accoucheur; il abandonne sans inquiétude le reste de l'accouchement aux seules forces de la nature. Le siège est un agent dilatateur de premier ordre et il n'y a aucun avantage à accélérer la marche du travail par des tractions intempestives sur le membre infé-

rieur. Bien plus, vouloir terminer l'accouchement à tout prix est dangereux, toutes les complications peuvent alors se produire; la principale est la déchirure du col. Une pareille pratique est donc condamnable. Dans notre observation VII, alors que les douleurs se sont presque complètement arrêtées, on essaie de pratiquer une légère traction sur le pied pour hâter la terminaison, mais le col offrant une résistance manifeste (on a l'impression que toute traction amènerait une déchirure), on n'ose pas insister.

Il faut donc attendre la dilatation complète. A ce moment, s'il y a une raison de terminer le travail : arrêt des douleurs (obs. XXI), signes de souffrance de l'enfant (obs. XV), rien ne s'oppose plus à l'extraction artificielle, mais prudente du fœtus.

L'enfant expulsé, le tamponnement est supprimé, le placenta redevient libre : l'hémorragie récidive alors fréquemment, surtout s'il y a un peu d'inertie utérine. Il est nécessaire de faire une délivrance artificielle (obs. I, III, IV, V, XIX).

L'affaiblissement de la femme qui a beaucoup perdu, les signes d'anémie, commandent également l'intervention; il serait imprudent d'exposer la parturiente à une hémorragie de la délivrance. On fera donc également la délivrance artificielle immédiate (obs. VII, VIII, X, XXI).

Hémorragie et anémie, sont les deux seules indications de la délivrance artificielle. Il n'y a aucune raison de la pratiquer systématiquement, en dehors de ces deux cas. La délivrance spontanée retardée

reste donc la ligne de conduite normale, en dehors de ces deux indications bien précises. D'ailleurs, elle se produit souvent d'une façon précoce; le délivre complètement décollé suit de peu la sortie de l'enfant (obs. I, IX, XV).

Nous n'avons pas observé d'hémorragies après la délivrance. Elle sont néanmoins fréquemment rencontrées. Elles affectent souvent le type de l'hémorragie interne. Il n'y a aucun écoulement vulvaire. Les symptômes d'anémie aiguë attirent seuls l'attention. On peut déceler l'hémorragie bien avant ce moment par la surveillance attentive du muscle utérin, que l'on palpe fréquemment. La forme utérine se délimite difficilement, la paroi utérine est parfois tellement molle qu'on ne la sent pas, le fonds utérin ascensionne fortement au-dessus de l'ombilic. Intervenir immédiatement à la moindre alerte pour réduire la perte sanguine au minimum, telle doit être la ligne de conduite à observer.

Les suites de couches ont été normales dans 20 cas sur 27. Une seule malade a présenté de l'infection streptococcique vérifiée par la culture; c'est celle de l'observation XVIII, dont la température atteignit 39 au sixième jour. Une embolie pulmonaire se produisit au dixième jour, à la suite de laquelle des symptômes de phlébite bilatérale s'installèrent. Guérison.

La malade de l'observation VII a des lochies fétides; la fièvre se maintient entre 38 et 39 jusqu'au quinzième jour, moment où l'on extrait de l'utérus un cotylédon placentaire.

Dans l'observation XVII, la température oscille entre 37°7 et 39 pendant vingt-quatre jours; les lochies sont restées négatives. La malade avait été tamponnée en ville par sa sœur; c'est là sans doute la cause de la température des suites de couches.

Une de nos accouchées (obs. XXV) a un peu de fièvre (38 à 39) pendant une dizaine de jours. Il en est de même de trois autres malades, qui n'ont présenté aucun autre incident.

Ce sont là les seuls accidents infectieux observés, D'ailleurs les précautions d'asepsie les plus minutieuses ont toujours été prises lors des interventions effectuées à la Clinique, et il faut remarquer que beaucoup de nos malades, arrivées à l'hôpital en pleine hémorragie, avaient été préalablement traitées en ville. Il ne faut pas oublier, non plus, que ces malades anémiées sont particulièrement sensibles à l'infection.

Ce qu'il est remarquable de constater, c'est la rapidité de disparition des symptômes anémiques pendant les suites de couches. Lorsqu'il n'y a pas de fièvre, l'état général se relève dès les premiers jours et le pouls revient vite à la normale. L'observation I est la plus typique à cet égard. La parturiente est très affaiblie après l'accouchement, par une hémorragie très abondante; dès le lendemain, elle a repris ses couleurs, le pouls est bon à 100. Chez les infectées, au contraire, l'hématopoièse est très fortement frappée et les malades ne se remontent que lentement.

De cette analyse, il découle que les résultats du Braxton-Hicks sont particulièrement favorables :

hémostase absolue permettant l'accouchement spontané; l'intervention est unique, aucune autre manœuvre n'est nécessaire pour amener l'accouchée jusqu'au terme du travail. Il reste la question du pronostic maternel et fœtal. Elle sera envisagée ultérieurement.

CHAPITRE VI

Complications.

Au cours de la manœuvre et à la suite de celle-ci, la femme présente parfois certains accidents que nous allons préciser. La rupture utérine, pendant l'évolution du fœtus, ne se produit guère que lorsque l'utérus est rétracté ou vide de liquide. Ces deux cas, nous l'avons vu, sont des contre-indications formelles du Braxton-Hicks. Il ne faut pas insister si l'évolution du fœtus ne semble pas vouloir s'effectuer sans manœuvres de force. La force brutale ne doit pas être considérée comme favorisant la manœuvre. C'est l'adresse, la connaissance de l'effort limite à déployer pour atteindre le but, que l'accoucheur doit posséder. Dès que l'effort maximum est atteint, il ne faut pas insister. Agir autrement serait aller au devant de complications très graves; elles sont parfaitement évitables si l'accoucheur intervient avec douceur. Ces complications sont : la rupture du segment inférieur à la suite du refoulement brutal de la tête engagée, ou bien, pendant l'évolution, une traction violente sur le pied transmise par le corps fœtal à un point peu résistant du segment; à la grande stupéfaction de l'opérateur, l'évolution se termine avec une facilité étonnante : le segment est rompu.

Les déchirures du col peuvent être observées. Nous n'en avons vu qu'un seul cas (obs. XIV). Elles sont sans gravité, lorsqu'elles portent sur les portions vaginales du col. Elles n'atteignent le segment et ne deviennent graves que lorsqu'il y a eu une tentative d'extraction pratiquée avant la dilatation du col. Or, nous avons insisté sur l'attitude de l'accoucheur après le Braxton-Hicks. Il doit s'en tenir à une expectative rigoureuse, sous peine de voir survenir des accidents de cet ordre. Du reste, rien ne presse ; l'hémorragie est arrêtée. Il n'y a aucune raison d'accélérer la marche du travail.

M. Voron, publie à la Société obstétricale de Lyon, le 22 décembre 1909, un cas de rupture spontanée du segment inférieur, à la suite d'un placenta prævia traité par le Braxton-Hicks. Ce cas, s'ajoute à deux autres publiés la même année. Pour lui, le fœtus constitue à lui seul un danger de rupture du segment inférieur, chez des femmes dont l'utérus a subi des modifications profondes dans sa texture, du fait de l'insertion. Il est logique, dit-il, comme le proposent certains accoucheurs allemands, de pratiquer la césarienne, comme traitement de choix et d'emblée, chez toute femme atteinte de placenta prævia central, et chez laquelle on trouve un segment inférieur insuffisamment constitué, en même temps qu'un col dur et résistant.

Nous croyons cependant que l'abstention complète de tentatives d'extraction à la suite de la manœuvre, met à l'abri de pareils accidents.

Les hémorragies de la délivrance et après la déli-

vrance sont fréquemment rencontrées à la suite de l'insertion vicieuse du placenta. Les adhérences partielles plus ou moins étendues de ce placenta, que la rétraction d'un segment inférieur souvent inerté est impuissante à rompre, la délivrance artificielle que nécessite parfois ce défaut de décollement sont de nouvelles causes d'hémorragies abondantes. Quand le placenta est extrait, tout n'est pas fini. La perte sanguine peut continuer, favorisée par l'atonie de l'organe gestateur, ou par une déchirure du col, des lèvres de laquelle coule le sang. La femme a été tellement affaiblie par les pertes subies avant et pendant le travail, qu'il suffit alors de bien peu pour la rendre exsangue presque et la plonger dans un état syncopal, dont elle ne se relève que difficilement. Il faut savoir que ces complications peuvent se produire, surveiller étroitement la femme et intervenir à la moindre alerte pour réduire la perte sanguine au minimum.

La mort de l'enfant doit-elle être considérée comme une complication du Braxton-Hicks ? Dans l'insertion vicieuse du placenta, le fœtus ne succombe pas à la suite de l'hémorragie, mais à l'asphyxie. Il meurt brusquement, quand la majeure partie du délivre est décollée dès la première hémorragie, graduellement, si des hémorragies successives ne lui laissent, pour permettre les échanges entre lui et sa mère, qu'une portion de son poumon physiologique insuffisante à amener l'hématose. Aussi, l'enfant naît-il souvent en état de mort apparente, quand il n'est pas mort tout à fait. Si, après avoir échappé aux dangers de l'accouchement, il se laisse ranimer par les moyens qui réus-

sissent le mieux, il n'est pas sûr qu'il survive bien longtemps. Comme il a longuement souffert, il est ordinairement si chétif, qu'on le voit succomber souvent quelques heures ou quelques jours après sa naissance, et qu'il n'a que peu de chances de s'élever.

Il est évident que la prolongation du séjour du fœtus dans l'utérus compromet son existence. La terminaison plus rapide de l'accouchement, que certaines autres méthodes réalisent, permet d'obtenir une mortalité infantile inférieure à celle que donne le Braxton-Hicks. Mais, on sauve l'enfant au détriment de la mère. Il vaut mieux sauver la mère, ce qui est presque toujours possible, en sacrifiant l'enfant, plutôt que de hâter la sortie d'un enfant dont la survie est toujours problématique, aux dépens de l'existence de celle-là. Aussi, notre mortalité infantile est-elle conformément à la règle, très élevée. Quatre enfants sur 27 sont nés vivants, soit 84 % de mort-nés. Sur ces quatre enfants, l'un a vécu 50 minutes, ce qui en définitive donne une mortalité globale de 88 %. Ces chiffres ne nous effraient pas. Dans une maladie aussi grave que la placenta prævia, la vie de l'enfant ne doit pas compter ; celle de la mère est bien autrement précieuse.

En somme, la mort de l'enfant ne doit pas être considérée comme une complication du Braxton-Hicks. Il faut en envisager dès le début l'éventualité, et ne rien faire pour le sauver si cela doit mettre la vie de la mère en danger, ce qui est généralement le cas.

CHAPITRE VII

Avantages.

Le Braxton-Hicks, employé dans le traitement du placenta prævia, donne des résultats très favorables. Le plus immédiat, comme nous l'avons vu, est l'arrêt complet de l'hémorragie, c'est-à-dire du symptôme qui donnait toutes les inquiétudes. L'enfant est assis sur son placenta, et comprime les surfaces saignantes. C'est un véritable tampon intra-utérin, le plus aseptique des tampons, plus efficace aussi que le tamponnement de Leroux, parce qu'il est appliqué très près des orifices vasculaires saignants, qu'il ne fait pas courir les risques d'une hémorragie latente, qu'il est mieux supporté par la femme.

En second lieu, le siège du fœtus est un moyen de dilatation mécanique du col très puissant, et un agent propre à exciter la contraction utérine.

Ce procédé laisse enfin toute tranquillité d'esprit à l'accoucheur et permet d'attendre la terminaison spontanée du travail.

Il n'exige aucune instrumentation spéciale ; ce n'est pas une opération ; il est à la portée de tout le monde et peut être pratiqué dans n'importe quel milieu. Malgré cette simplicité, il a, comme le dit Oui, le

grand et incontestable avantage de réunir les bienfaits de plusieurs autres méthodes. « Il réalise à lui seul la rupture des membranes, le tamponnement, la dilatation artificielle du col. »

Il complète la rupture des membranes de Puzos, parfois inefficace. Il nous faut, à ce propos, relever l'opinion de Phanael qui écrit : « Je crois que le Braxton-Hicks donne de bons résultats, en ce sens qu'il entraîne la rupture prématurée des membranes. » Cette idée ne peut, à notre avis, être complètement exacte. Nous avons vu l'hémorragie réapparaître, à la suite de la méthode de Puzos, dans 7 de nos cas. Le Braxton-Hicks, pratiqué à la suite de ces échecs fut suivi d'une hémostase absolue, preuve manifeste que la rupture n'y est pour rien et que le siège est véritablement l'agent de l'hémostase.

Il remplit le même rôle que le tamponnement de Leroux, mais il lui est supérieur. L'hémostase est plus parfaite, le tamponnement étant plus adhérent. Si, d'autre part, l'hémorragie se reproduit, elle n'est pas masquée par la présence du tampon : le sang suinte au dehors, et l'accoucheur en est immédiatement averti. En pratiquant des tractions sur le membre procident, il comprime aussitôt les surfaces saignantes et arrête l'écoulement. On sait enfin combien le tamponnement de Leroux, difficilement exécuté avec une asepsie parfaite, prédispose aux accidents infectieux secondaires. L'utilisation du tampon naturel qu'est le siège du fœtus ne présente pas cet inconvénient.

Comme le ballon de Champetier, mieux même que

le ballon, le siège fœtal est un agent dilatateur du col. Le ballon, s'adaptant mal à la région qu'il embrasse, la dilate souvent d'une façon irrégulière. Il laisse parfois persister un écoulement sanguin ; la compression exercée par le ballon est, en effet, beaucoup moins étendue que celle du tampon fœtal. Elle ne porte guère que sur 4 centimètres de hauteur. La compression exercée par le fœtus porte sur toute la longueur de son pôle inférieur, qui atteint près de 20 centimètres. Le ballon n'est pas toujours facilement supporté par la femme, car il est douloureux. L'instrument lui-même doit être enfin dans un état de conservation parfaite. Il faut s'assurer, avant de la mise en place, de son imperméabilité, et il arrive bien souvent, en dehors des grands centres hospitaliers, qu'au moment de s'en servir il est inutilisable, à moins qu'il ne se rompe, alors qu'il est déjà en place. Le gonflement est en effet délicat, on doit se tenir dans un juste milieu, injecter dans le ballon suffisamment de liquide pour lui restituer sa forme, et s'arrêter assez tôt pour éviter la rupture. Il est souvent nécessaire de faire des applications successives de ballons de diamètre croissant avec les progrès de la dilatation. Enfin, le ballon expulsé, l'accouchement n'est pas terminé : l'hémorragie se reproduit souvent ; il faut encore intervenir et hâter la sortie du fœtus. S'il s'agit d'un sommet engagé, c'est au forceps qu'il faut avoir recours et il n'est pas sans dangers : on risque de décoller le placenta. Dans les autres cas, l'extraction est faite après version. Toutes ces manœuvres s'accompagnent d'hémorragies sup-

plémentaires, à un moment particulièrement grave : les chances de voir apparaître l'anémie aigüe sont augmentées.

Comme nous l'avons vu, le Braxton-Hicks, au contraire, permet l'expulsion spontanée du fœtus ; nouvel avantage : on évite des manœuvres secondaires pouvant affaiblir la femme en suscitant des hémorragies nouvelles.

La période d'expectative qui suit le Braxton-Hicks est très précieuse. L'accoucheur n'a rien de mieux à faire que d'utiliser le temps dont il dispose si heureusement, pour combattre les symptômes d'anémie. C'est à ce moment que, dans la plupart des cas, la parturiente est le plus affaiblie. Il faut agir avec la plus grande énergie et remonter la malade par tous les moyens : la placer la tête basse, voire même en Trendelenbourg ; faire des injections abondantes de sérum artificiel, dans une région où la diffusion puisse être rapide (la région retromammaire est à ce point de vue le lieu d'élection) ; tonifier le cœur par des injections sous-cutanées d'éther, de caféine et d'huile camphrée ; réchauffer la malade en l'enveloppant dans des linges chauds ; lui donner des boissons alcoolisées ou du champagne. On assiste alors à une véritable résurrection ; on crée une nouvelle réserve sanguine permettant à la malade de supporter des accidents hémorragiques, survenant au moment de la délivrance.

Enfin, dernier avantage, et ce n'est pas le moindre, le Braxton-Hicks sauve la mère plus sûrement qu'aucun autre mode de traitement. On n'insistera jamais

trop sur la gravité du placenta.prævia. Abondance, répétition, ou continuité de l'hémorragie, c'est là le grand danger. Dans les variétés centrales, en particulier, la perforation du placenta ou son décollement artificiel, inévitables pour permettre la sortie du fœtus, augmentent encore les déchirures vasculaires et s'accompagnent de pertes très abondantes. A tout moment du travail, la parturiente, déjà affaiblie par les hémorragies antérieures, peut être prise d'une syncope parfois mortelle. Nous avons vu quelle quantité énorme de sang ont perdu certaines de nos malades. Le Braxton-Hicks a toujours tari cet écoulement et nous a permis de sauver presque toutes nos malades. Le seul décès (obs. XXVII) est survenu dans un cas particulièrement difficile, compliqué de fibromes multiples et de rétrécissement du bassin. Je ne crois pas qu'aucune autre méthode puisse donner des résultats aussi favorables. Notre statistique vient s'ajouter à celles si nombreuses publiées par les partisans du Braxton-Hicks qui, tous, ont une mortalité maternelle minime, du moins depuis la période antiseptique.

Budin et Tarnier prétendent que les statistiques parlent en sa faveur parce qu'elle a été employée surtout dans les cas relativement faciles. Or, sur 34 observations, le Braxton-Hicks a été pratiqué 27 fois. Les 7 autres cas se partagent de la façon suivante : 1° On ne le pratique pas à cause d'un cordon procident (obs. D); 2° La dilatation est complète, on fait une version (obs. A, B, C); 3° L'utérus est contracturé, la version est impossible, on fait une embryotomie (obs. E); 4° Femme amenée saignée à blanc; la dila-

tation est complète. On fait un forceps. Décès peu après (obs. F); 5° Accouchement spontané à l'arrivée (obs. G).

En dehors de la malade de l'observation D, chez laquelle le Braxton-Hicks n'a pas été fait à cause d'un cordon procident et parce que la femme perdait relativement peu, il a été pratiqué systématiquement chaque fois que l'indication nette en a été posée, sans tenir compte de la difficulté possible de l'intervention. Sur 27 cas, nous relevons 7 insertions centrales totales, 5 insertions centrales partielles, 8 insertions marginales, 7 insertions latérales. Les insertions centrales et marginales, c'est-à-dire les cas les plus graves, y figurent en plus grand nombre. Les phénomènes hémorragiques avant l'intervention ont été la plupart du temps très importants. Dans 14 cas, il y a eu des signes d'anémie. On peut donc dire sans exagération que la plupart de nos cas étaient cliniquement graves, que l'expectative y eût été désastreuse, qu'ils ne sont pas relativement simples. Malgré cela, le pronostic maternel ne peut être plus satisfaisant puisque nous arrivons à une mortalité maternelle de 3,70 %.

C'est là, à notre avis, le principal avantage de la méthode. Il importe avant tout de sauver la mère. Nul procédé ne réalise aussi parfaitement ce but.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

VI Pare. — Grossesse de 8 mois 1/2. — Présentation du sommet. — Placenta prævia marginal. — Hémorragies du travail. — Anémie. — Rupture artificielle des membranes (l'hémorragie continue). — Braxton-Hicks efficace. Suites de couches normales. — Enfant mort-née, mère vivante.

L. B..., femme R..., 30 ans.

Entre à la clinique le 30 avril 1914. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. La santé est habituellement bonne. Il y a eu cinq grossesses antérieures normales; les cinq enfants sont vivants et bien portants. Les dernières règles datent du 3 août. Les premiers mouvements du fœtus ont été perçus fin novembre.

Le 30 avril, à 14 heures, brusquement, sans douleurs, sans aucun malaise, le sang se met à couler abondamment par la vulve. La parturiente estime à 1 litre la quantité de sang perdu à ce moment, jusqu'à son transport à la clinique. Un médecin appelé ordonna le transport d'urgence de la malade à l'hôpital et se contenta de mettre un pansement externe.

La malade arrive à 17 h. 15 en imminence de syncope : face très pâle, lèvres décolorées, pouls incomptable. Il y a une perte continue de sang par la vulve. A ce moment un toucher est fait par M. l'Interne qui trouve une tête mobile et du placenta à droite. Le segment inférieur n'est pas constitué, et la tête est mobile au-dessus du détroit supé-

rieur. Les bruits du cœur du fœtus sont douteux. *On rompt les membranes.*

On remonte la malade : injections de caféine (0,25), de sérum artificiel : 500 grammes. Le poulx d'abord incomptable se remonte et devient perceptible à 120.

La perte de sang continue : 300 grammes sont expulsés, sans compter la quantité que nous mesurerons par la pesée du drap.

17 h. 50. — On décide l'intervention. Anesthésie à l'éther. La dilatation du col est faite avec un doigt qui seul peut d'abord être introduit. Au bout de cinq minutes, on peut faire pénétrer deux doigts. A ce moment, un aide fait évoluer le fœtus dans la cavité utérine ; un pied peut être saisi, et il est amené en dehors du vagin.

L'hémorragie s'arrête exactement alors, mais la malade a perdu 500 grammes de sang pendant l'intervention.

On refait à nouveau 500 grammes de sérum et une injection d'huile camphrée et de caféine. Température : 37° 8. Pouls plus fort à 88.

18 h. 30. — Quelques petites douleurs.

19 h. 20 à 19 h. 30. — Deux douleurs expulsives à la suite desquelles le fœtus est expulsé en bloc, plus 700 grammes de sang en caillots.

L'aorte est alors comprimée pendant un quart d'heure, temps pendant lequel le sang n'a pas coulé. A ce moment la délivrance vient d'elle-même.

Lavage à l'eau térébenthinée. On fait quatre seringues d'huile camphrée, deux seringues de caféine et 1.000 gr. de sérum. La malade est entourée de linges chauds. On lui donne du champagne.

20 h. 30. — Pouls à 110.

22 heures. — Pouls à 104.

L'enfant est une fille mort-née. Elle pèse 2.650 grammes.

Délivre. — Placenta. — Poids 470 grammes. On y remarque une partie plus noirâtre que le reste, longue d'environ 16 centimètres et large de 5 centimètres ; elle correspond à la partie décollée.

Membranes : Elles sont complètes.

Perte de sang. — 1.000 gr. avant l'entrée au dire de la malade.
300 gr. avant le Braxton-Hicks.
500 gr. pendant le Braxton-Hicks.
700 gr. en caillots à la sortie de l'enfant.
600 gr. par la pesée du drap.

Total... 3.100 gr.

Suites de couches, 1^{er} mai. — Température : 37°6. Pouls bat à 100. La malade a repris ses couleurs et cause volontiers.

3 mai. — Douleur dans le mollet et légère élévation thermique.

Guérison. — Sortie le 30 mai.

OBSERVATION II

Fabre et Fouilloud-Buyat

(Société d'Obstétrique de Lyon).

Primipare. — Grossesse de huit mois. — Présentation du sommet. — *Placenta prævia marginal.* — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Pas d'anémie. — Braxton-Hicks efficace. — *Enfant vivante, mère vivante.*

A. F. . . , 32 ans, entre à la clinique le 8 février 1913. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, sauf des phénomènes d'anémie datant de la puberté et apparaissant de temps en temps. Les dernières règles datent du 15 au 19 juin 1912 et la grossesse n'a rien de particulier jusqu'à fin octobre. A partir de ce moment, pertes blanches assez abondantes.

Le 11 janvier elle eut une hémorragie avec perte de caillots ayant persisté, dit-elle, trois heures.

Le 5 février elle perdit de nouveau du sang et des caillots pendant une heure.

Enfin, le 8 février une nouvelle hémorragie qui aurait duré sept heures détermina la malade à entrer à la clinique.

L'examen pratiqué au dortoir montra une présentation du sommet, bruits du cœur à droite, tête amorcée.

Le 15 février, à 4 h. 45, la malade présente brusquement une hémorragie assez abondante, évaluée par le personnel du service à au moins 400 grammes et elle est immédiatement dirigée sur les salles d'accouchement où l'on pratique le toucher : le col est effacé, dilatable au point de laisser passer un doigt, on sent nettement le placenta affleurant le bord du col.

La malade continue à perdre, et l'on évalue à 400 gr. la quantité de sang perdu jusqu'au moment où l'on décide l'intervention.

6 h. 15. — La malade étant endormie prudemment à l'éther, on pratique la rupture artificielle des membranes, et il s'écoule une assez grande quantité de liquide mélangé à du sang. Le col est dilaté à 2 centimètres et deux doigts peuvent facilement être introduits et refouler la tête. Une main externe abaisse le siège, mais l'évolution une fois commencée se fait très rapidement et l'on se trouve en face d'un siège décomplété mode des fesses. Les doigts étant introduits profondément, on arrive à exécuter la manœuvre de Pinard et à abaisser un pied. Celui-ci est amené à la vulve, et une fois le siège au contact du segment inférieur, *la malade ne perd plus.*

8 h. 45. — La malade n'a absolument rien perdu depuis l'intervention. Depuis 7 heures les douleurs sont apparues, espacées d'abord de trois, puis de deux minutes. On fait à 7 h. 15, 1.000 grammes de sérum artificiel et actuellement le poulx est à 80 bien frappé. La malade expulse spontanément le fœtus dont on doit seulement extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau. Il s'agit d'une fille bien vivante pesant 2850 grammes. Pas de déchirure périnéale.

9 h. 15. — La malade a été laissée au repos. La hauteur utérine est de 18 centimètres ; diamètre transverse 13 cm. 5. Le poulx est à 100. Mais au moment où l'on s'apprêtait à faire un lavage vaginal, on s'aperçut qu'il y avait dans le vagin une grande quantité de sang qui fut recueillie, pesée et évaluée à 1.000 grammes.

10 h. 40. — La malade, malgré cette perte de sang, a conservé un très bon état général, le poulx restant entre 100 et 120, sans symptômes d'anémie. Elle a continué à présenter

un suintement sanguin, et en pesant le drap placé au-dessous d'elle, drap dont le poids est connu, on constate qu'elle a perdu encore 290 grammes de sang depuis 9 h. 15.

Le placenta est à ce moment dans le vagin d'où on l'extrait par délivrance manuelle. Le pouls est entre 115 et 120, la tension maxima de 12, la tension minima de 7. Le placenta pèse 570 grammes, les membranes sont rompues au niveau du bord placentaire.

Les suites de couches sont normales, malgré une élévation thermique qui persista quelques jours sans être jamais inquiétante.

OBSERVATION III

Primipare. — Grossesse à terme. — Présentation du sommet (tête amorcée). — Placenta prævia marginal. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-né. — Mère vivante.

H... (Marie), femme F..., 34 ans, ouvrière d'usine.

Entre aux expectantes le 2 mai 1917. On ne relève rien d'important dans les antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle. Premières règles à 13 ans. Les dernières règles datent du 16-21 août.

Le 6 mars dans la nuit, la gestante étant couchée a, sans cause, une hémorragie subite qu'elle évalue à un demi-vase de nuit. Elle cesse complètement au bout de deux minutes.

Le 30 mars, dans la nuit, nouvelle perte aussi subite, aussi inattendue, mais moins abondante que la précédente.

La malade reste en observation aux expectantes avec l'indication suivante : sommet, hémorragies de la grossesse et du travail à prévoir. Dans ce cas, monter immédiatement la malade à la clinique, et pratiquer un Braxton-Hicks d'urgence.

10 juin, 2 h. 30. — La parturiente a une perte importante ; on mesure 600 grammes de sang. On la transporte immédiatement à la salle d'opérations.

Le Braxton-Hicks est très difficilement pratiqué, le col n'étant pas modifié. Deux doigts sont introduits avec peine. La tête étant bien amorcée, on la refoule avec peine. Le pied est également repéré après de longs efforts et l'on éprouve de grandes difficultés à lui faire franchir le col non dilaté. Pendant l'intervention on mesure encore 400 grammes de sang. L'hémorragie ne reparait plus après le Braxton-Hicks. Trente minutes après l'intervention la parturiente accouche spontanément d'un enfant mort-né pesant 2.450 g. On fait la délivrance artificielle immédiatement après la sortie de l'enfant; la malade perd encore 200 grammes de sang.

Délivre. — Le placenta pèse 390 grammes; il est déchiqueté sur une longueur de 15 centimètres.

Perte de sang. — 1.200 grammes, plus deux draps souillés, on a fait au cours du travail une injection de caféine, 10 centimètres cubes d'huile camphrée et 1 litre de sérum artificiel.

Suites de couches. — Fièvre modérée dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Guérison.

OBSERVATION IV

XIII pare. — Grossesse de sept mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central total. — Hémorragies du travail. — Anémie. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Fille mort-née. — Mère vivante. — Fièvre légère pendant la première semaine des suites de couches.

Thérèse M..., 34 ans, marchande.

Entre à la clinique le 15 avril 1914. Antécédents héréditaires inconnus. Les antécédents personnels ne présentent rien de particulier. La malade a été réglée à 14 ans. Les règles sont habituellement irrégulières, de longue durée (5 à 10 jours).

La malade a eu treize grossesses : la première à 15 ans.

Les trois premières grossesses ont été normales, les enfants sont nés vigoureux, mais nourris au biberon, ils sont morts rapidement.

La quatrième et la cinquième grossesse se sont passées sans incident. Les enfants sont vivants et bien portants.

Une fausse couche à la suite d'une chute en 1903. Trois nouvelles grossesses normales de 1904 à 1907. En 1909, neuvième accouchement; curetage à la suite.

De 1910 à 1913, trois grossesses interrompues à six mois (une embryotomie pour présentation transversale).

Les règles sont apparues pour la dernière fois du 12-20 août (accouchement probable le 23 juin).

Il n'y a aucun accident au cours de la grossesse, sauf un suintement sanguin cinq jours avant l'accouchement.

A l'entrée. — Douleurs accusées depuis le 15, à 8 heures. Col non dilaté, non effacé. Pas de pertes. Lavement et repos.

16 avril, 10 heures. Toucher. — Col incomplètement effacé. On sent une partie résistante, dure, qui fuit sous le doigt et l'on pense à un placenta couvrant la tête fœtale. La malade saigne abondamment; quand on cesse le toucher 100 grammes de sang sont retirés du vagin. L'écoulement continue : perte totale 200 grammes. Lavage. Repos.

L'utérus est constamment tendu. Le dos est presque en arrière et à droite. Le maximum des bruits du cœur est à droite, près de l'ombilic.

11 heures. — M. le Chef de clinique juge que la malade perd trop de sang et décide l'intervention.

Anesthésie à l'éther. La tête est mobile au détroit supérieur. Le col est dilaté à 1 cm. 5. Le placenta est perçu partout.

Le doigt arrive à cliver le placenta à droite et rompt les membranes. Deux doigts de la main gauche sont introduits dans le col. La main droite abaisse le siège. Au cours de la manœuvre, on doit refouler une anse du cordon. Un pied vient au contact des doigts; il est amené à la vulve sans difficulté (pied droit).

11 h. 30. — La malade est ramenée dans son lit. Jusqu'à l'expulsion, il n'y a pas de pertes de sang. La malade a de

fortes douleurs tous les quarts d'heure. Les bruits du cœur sont assourdis et incertains.

14 heures. — Il y a quatre ou cinq douleurs expulsives. Les deux hanches se dégagent, puis le tronc. On fait un léger Mauriceau pour dégager la tête.

Enfant mort-née; elle pèse 2.980 grammes. Après l'expulsion la malade a une hémorragie de 600 grammes. Un aide comprime l'aorte pendant cinq minutes, puis comme il persiste un léger suintement on pratique la délivrance artificielle. Au cours de la délivrance la malade a une syncope. On lui fait 2 piqûres de caféine, 4 d'huile camphrée et 1.000 grammes de sérum artificiel.

La malade surveillée jusqu'au soir ne présenta plus de nouvelle hémorragie. Le pouls reste petit jusqu'à 16 heures, mais redévient bon par la suite.

Délivre. Placenta ovalaire et complet; il pèse 570 gr. et ne présente pas d'altérations.

Les membranes complètes sont rompues sur le bord.

Perte de sang. 200 gr. au moment du premier toucher.

600 gr. au moment de l'expulsion.

1.000 gr. par la pesée du drap.

Total... 1.800 gr.

Suites de couches. — Un peu de fièvre dans les six premiers jours. La parturiente sort guérie au douzième jour.

OBSERVATION V

II pare. — Grossesse de six mois et demi. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central total. — Hémorragies périodiques pendant la grossesse. — Hémorragies du travail. — Pas d'anémie. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-née, mère vivante.

Marguerite C... femme V..., 28 ans, employée. Entre à la clinique le 18 janvier 1917, à 23 heures

On ne relève rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Premières règles à 15 ans; depuis elles ont été régulières, peu abondantes, indolores.

Une grossesse antérieure en 1910 ; l'évolution a été normale.

Il est difficile à la parturiente de préciser l'âge de sa grossesse en se basant sur les dernières règles puisque à chaque époque menstruelle elle a eu une hémorragie. Elle se base sur une permission de détente de son mari, du 28 juin aux premiers jours de juillet. La grossesse daterait de cette époque. Elle serait de six mois et demi.

6 juillet. — Règles plus abondantes qu'à l'ordinaire.

8 août. — Règles très abondantes d'une durée de deux jours.

12 septembre. — Hémorragies ayant le même caractère que le mois précédent.

20 octobre. — Perte très abondante.

Les premiers mouvements du fœtus sont ressentis au début du mois de novembre.

20 novembre. — Petite perte durant un jour.

20 décembre. — Perte importante dont la malade évalue la quantité à celle du contenu d'un vase.

10 janvier. — Petite perte rosée.

18 janvier. — Grande hémorragie que la malade évalue de nouveau à un plein vase. Elle fait alors appeler une sage-femme. Celle-ci pratique un toucher et fait le diagnostic de placenta prævia. La malade est envoyée à la clinique.

A l'entrée. — Température : 36° 8. Au toucher : col non effacé, non dilaté.

On fait une *injection* chaude. La malade ne perd plus. La nuit est tranquille. Douleurs peu fortes survenant toutes les deux heures environ.

19 janvier, 8 heures. — Douleurs un peu plus fortes, toujours très espacées.

9 h. 30. Toucher. — Col non effacé, dilaté à 1 cm. 1/2. A travers l'orifice interne du col on ne sent que du placenta, ainsi qu'au travers du segment inférieur. On a l'impression d'un matelas qui tapisse le segment.

9 h. 45. — En moins de cinq minutes la malade perd 700 grammes de sang. On téléphone de suite à M. le Prof. Fabre.

10 heures. — La malade est transportée à la salle d'opérations. On décolle environ 7 à 8 centimètres de placenta, à droite du col, pour trouver les membranes. Celles-ci sont alors perforées et on va à la recherche d'un pied. On tire le premier senti. L'évolution *in utero* se fait facilement. Le pied hors de la vulve, on se rend compte qu'il s'agit du pied gauche. Perte pendant l'intervention : 300 grammes.

La parturiente est transportée dans son lit : elle ne perd plus. On la réchauffe et on fait 500 grammes de sérum artificiel dans le tissu rétromammaire.

Les douleurs deviennent assez rapprochées et fortes.

15 heures. — Les douleurs deviennent expulsives. La malade pousse vigoureusement pendant les contractions. Le siège progresse peu.

16 heures. — Naissance d'une fille mort-née, pesant 2.020 grammes. 400 grammes de sang s'écoulent après le dégagement de la tête. On pratique immédiatement la délivrance artificielle. Le placenta est complètement décollé. Les membranes tiennent un peu au fond et à gauche de l'utérus. 200 grammes de sang s'écoulent avec le délivre.

Délivre. — Placenta ovalaire, complet, avec un cotylédon accessoire.

Membranes complètes.

Perte totale : 1.600 grammes.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION VI

V pare. — Présentation du siège. — Grossesse de sept mois. — Placenta prævia latéral. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Anémie. — Rupture artificielle des membranes inefficace. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — L'enfant a vécu six jours. — Mère vivante. — Fièvre légère pendant les suites de couches.

Joséphine V., femme L..., 31 ans. Envoyée par le Dr Berger, de Lyon, le 28 février 1910, pour « métror-

ragie grave provenant, selon toute probabilité, d'un placenta prævia ».

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, régulièrement, sans douleurs. Jamais de fausses couches.

Quatre accouchements antérieurs : les trois premiers à terme. Deux garçons sont nés à la suite de la dernière grossesse. Apparition d'une phlébite au quinzième jour des suites de couches.

Les règles n'ont pas reparu depuis le 14-18 juillet. Accouchement probable le 24 avril. La grossesse a été normale jusqu'à il y a une huitaine de jours, époque à laquelle sans douleurs, sans plus de fatigue, la malade a eu une légère hémorragie « de quoi mouiller une serviette ». Cette perte a duré une dizaine de minutes. On la soigna par une légère injection vaginale chaude d'eau bouillie. La malade s'est à peine reposée depuis, malgré un écoulement de glaires rougeâtres qui a persisté pendant toute la durée de la semaine dernière.

28 février. — Nouvelle perte plus abondante apparue le matin. C'est à sa suite que la malade entre à la Clinique.

Examen. — On sent à la palpation une masse arrondie, dure, régulière dans l'hypocondre droit; une seconde masse dans le flanc gauche. Les mouvements actifs du fœtus sont très perceptibles. A l'auscultation, bruits du cœur un peu à gauche de l'ombilic.

15 heures. — Pouls maternel : 108.

18 heures. — M. Trillat, trouve à l'intérieur du vagin quelques caillots noirâtres et le toucher intracervical montre la poche des eaux extrêmement élevée, décollée sur le pourtour de l'orifice; à bout de doigt, on perçoit le gâteau placentaire surtout à droite. On sent à ce moment une présentation du siège; le sacrum est à gauche; la malade a une contraction utérine tous les quarts d'heure.

On peut rompre la poche des eaux avec une branche de la pince d'Hegar. Pendant cette rupture, deux caillots volumineux s'écoulent. Pouls maternel : 118.

23 h. 25. — La malade perd un peu à chaque contraction.

Les contractions se rapprochent de plus en plus ; durée : quarante secondes. Pouls : 120.

29 février, 2 heures. — Les douleurs s'espacent. L'écoulement sanguin cesse. Pouls : 100.

6 h. 30. — Pouls : 128. Perte totale de la nuit : 260 gr. Battements fœtaux bien frappés.

7 heures. — La malade prend une nouvelle hémorragie : 810 grammes. Température : 37°5. Pouls : 124. Le col est dilaté à 2 centimètres. On décide d'intervenir.

Intervention. — Le placenta est décollé sur une surface de 3 centimètres. On refoule la présentation, on abaisse le pied gauche. Pendant la manœuvre la malade perd 100 gr. La dilatation est juste suffisante pour laisser passer la cuisse. Les battements fœtaux sont lents : 92. La hauteur utérine est de 30 centimètres.

Avant l'intervention, on a injecté à la malade 600 grammes de sérum sous chaque sein. Elle a des syncopes à tout moment. On lui fait respirer du vinaigre et on lui fait prendre un peu de chartreuse. Elle se sent mieux.

9 heures. — La malade n'a pas saigné depuis l'intervention. L'accouchement se termine spontanément.

10 heures. — Délivrance manuelle pratiquée trente-cinq minutes après l'accouchement, pour persistance de l'hémorragie qui a été de 150 grammes. Après la délivrance, la hauteur utérine est de 12 centimètres, sa largeur de 8 centimètres ; il est contracté. Pouls : 120.

La malade ne perd plus, mais elle a très sommeil et très soif. C'est à ce moment qu'elle est le plus mal. On fait plusieurs injections de caféine, on prescrit des lavements de 300 grammes de sérum toutes les trois heures, on lui fait boire du café.

14 h. 30. — Pouls : 120. La malade se sent mieux. L'état général paraît bon. On lui donne du champagne.

L'enfant est un garçon de 2.050 grammes ; il naît vivant, paraît chétif. On le met en couveuse. Il meurt néanmoins au sixième jour.

Délivre. — Le placenta pèse 460 grammes, il est légèrement ovalaire, marginé. Au niveau du point décollé, son aspect est bleuté.

Les membranes sont complètes, la rupture s'est produite à 2 centimètres du bord placentaire.

Perte totale :

260 grammes pendant la nuit.

810 grammes avant l'intervention.

100 grammes pendant l'intervention.

150 grammes, hémorragie de la délivrance.

Total : 1.320 grammes.

Les suites de couches sont normales malgré une légère élévation de température autour de 38 degrés qui n'a jamais été inquiétante.

OBSERVATION VII

VI pare. — Grossesse de huit mois. — Présentation de l'épaule. — Placenta prævia central. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Anémie, — Braxton-Hicks efficace. — Procidence du cordon. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-né. — Fièvre pendant quatorze jours (rétention d'un cotylédon). — Guérison.

Joséphine C..., née M..., 40 ans. Entre à la Clinique le 7 avril 1910. (Expectantes).

On ne relève rien de particulier dans les antécédents héréditaires de la malade. Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. Un peu d'anémie vers 17 ans. La malade a eu antérieurement cinq grossesses normales.

Les dernières règles datent du 5-12 août. Date de l'accouchement à terme : 17 mai.

Il n'y a eu ni nausées, ni vomissements au début de la grossesse, ce qui est d'ailleurs la règle chez cette femme.

Le 13 mars au matin, à son réveil, la malade en allant sur le vase pour uriner a vu tomber un petit caillot de sang. Dans la journée : pertes roses, ainsi que le lendemain. Elle est mise au repos au lit par son médecin qui prescrit du laudanum. Les pertes ont continué pendant dix jours sans coliques ni douleurs.

29 mars. — A 2 heures du matin, nouvelle perte de sang. Malgré le repos au lit, l'écoulement persiste le 30 et le 31.

2 avril. — Nouvelle perte de caillots accompagnée de douleurs.

3 avril. — La malade fait le matin un gros caillot. Dans la nuit suivante, elle a une perte d'environ 50 grammes.

7 avril. — Depuis, les pertes se sont arrêtées et aujourd'hui la malade se sent mieux que jamais.

La hauteur utérine est de 31 centimètres. Bruits du cœur normaux. Dos, à droite. Léger œdème pré tibial. Varices aux membres inférieurs. Rien au cœur ni aux poumons.

La malade, après avoir mangé à 17 heures, a eu une hémorragie évaluée à 250 grammes par la sœur des expectantes. On la fait monter sur un brancard dans la salle du travail.

20 heures. — Le fœtus est senti en position transverse; la tête est dans l'hypocondre droit. Le col est dilaté seulement à 2 centimètres. On ne sent pas les membranes.

On fait à la malade une injection sous-cutanée de 1.200 gr. de sérum artificiel.

20 h. 40. — Un toucher, pratiqué par M. Bourret, décele une insertion centrale du placenta. La main sort un caillot de 300 grammes. L'hémorragie se reproduisant, il décide d'intervenir.

Intervention. — Les pieds du fœtus étant à gauche, on introduit deux doigts gauches à travers le col. Le placenta est décollé sur son bord gauche pour permettre aux doigts d'atteindre les membranes. On ne peut y parvenir. On perfore alors directement le placenta avec deux doigts. Les membranes de la face fœtale, se décollant devant le doigt, sont difficiles à atteindre. On y parvient tout de même au bout de trois minutes, en se servant d'une branche de la pince d'Hegar. Il s'écoule un flot de liquide mêlé de sang. Le pied gauche est saisi avec deux doigts, puis, abaissé. Après traction légère sur ce pied, l'hémorragie externe s'arrête et on attend.

Pouls : 68. Bruits du cœur fœtal très mal perçus.

La malade est reposée dans son lit. L'exploration du col à plusieurs reprises montre que le pôle fœtal appuie régu-

lièrement sur le col dont la dilatation reste autour de 4 cm. Pas d'hémorragie externe ni intravaginale.

Une demi-heure après l'intervention, la malade prend une syncope et pâlit. Pouls : 54, à peine perceptible. On fait une injection d'éther et de caféine.

L'utérus se contracte d'une façon faible et très espacée. On essaie de pratiquer une très légère traction sur le pied pour hâter la terminaison, mais le col offrant la même résistance, on n'insiste plus.

21 h. 10. — Contractions utérines extrêmement rares.

21 h. 25. — La dilatation est absolument stationnaire. La malade présente un état syncopal persistant malgré deux piqûres de caféine.

22 h. 20. — Etat stationnaire. Pouls : 68.

22 h. 45. — Etat général meilleur. Pouls : 68, plus ample.

23 heures. — Les douleurs se rapprochent, elles apparaissent toutes les dix minutes. Le col est dilaté à une petite paume de main; ses lèvres sont œdématisées; on a l'impression que toute traction amènerait une déchirure.

23 h. 45. — Les douleurs se reproduisent toutes les huit minutes, mais le col est toujours fortement bridé. Pouls : 72, assez plein.

0 h. 30. — Pouls : 80.

0 h. 50. — Les douleurs deviennent expulsives.

1 heure. — La partie fœtale s'étale.

1 h. 5. — Le siège se dégage. Le cordon entoure la jambe. On le fait passer sur les genoux. Pouls : 80.

Pendant la contraction le tronc descend progressivement. On fait la manœuvre de Deventer-Müller. La tête se dégage spontanément. Pouls : 100.

Délivrance artificielle. — Injection intrautérine de Tarnier. Un quart d'heure après la délivrance, la malade a une syncope. Injections de sérum (600 grammes), de caféine. On lui donne à boire du café et du rhum. Elle se remonte rapidement.

Enfant. — Garçon mort-né, pesant 2.440 grammes.

Délivre. — Le placenta est complet, ovalaire, très dilacéré sur un tiers. Les membranes sont complètement dilacérées. La rupture est sur le bord placentaire.

Perte totale :

250 grammes avant le Braxton Hicks.

300 grammes — — —

1.300 grammes pendant la manœuvre.

150 grammes pendant la délivrance.

Total : 2.000 grammes.

Suites de couches. — Lochies fétides et fièvre entre 38 et 39 degrés pendant quatorze jours. Lavages utérins thérébinthés et oxygénés. Au quinzième jour, extraction d'un cotylédon. A partir de ce moment, la malade va bien. Elle sort au vingt-sixième jour.

OBSERVATION VIII

III pare. — Grossesse de sept mois et demi. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central partiel. — Hé-morragies du travail (Tamponnement en ville). — Anémie. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-né. — Mère vivante.

Marie N.... ans. Entre à la Clinique le 19 septembre 1911. Il n'y a rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Fièvre paludéenne à 12 ans. Elle a eu ses premières règles à 14 ans ; elles sont depuis revenues régulièrement. On relève deux grossesses antérieures normales. Les dernières règles datent du 30 janvier 1911. La malade a eu quelques coliques pendant la grossesse actuelle.

Le 15 septembre, dans le courant de l'après-midi, la malade a fait les eaux.

16 septembre. — Son drap est imprégné de sang. Elle fait quelques caillots. L'hémorragie s'arrête sous l'influence d'une injection d'eau tiède. Elle est transportée à l'hôpital de Trévoux sans qu'elle reperde.

18 septembre, 18 heures. — Seconde hémorragie peu importante, arrêtée facilement par des injections d'eau chaude. Les douleurs débutent à ce moment.

19 septembre, 3 heures. — Troisième hémorragie très

importante que l'on ne peut arrêter. Un tamponnement vaginal est appliqué et la malade est transportée en automobile à Lyon. Pendant le trajet, elle ne perd rien.

13 heures. — Malade très anémiée. Pouls : 120. On enlève le tamponnement. Un caillot de 50 grammes est expulsé à sa suite. Les bruits du cœur fœtal sont réguliers et bien frappés. On fait une injection de 600 grammes de sérum artificiel.

Au *toucher*, on sent les cotylédons placentaires sur toute la surface du col. Ce n'est qu'un peu en avant et à droite que l'on trouve une brèche en dehors des cotylédons. A travers cette brèche, le doigt arrive sur la tête fœtale qui est assez élevée.

Intervention. Dilatation du col à 2 centimètres, permettant l'introduction de deux doigts.

Pendant que M. l'Interne maintient deux doigts de sa main droite à travers l'orifice du col, M. le Chef de Clinique abaisse le siège, à travers la paroi abdominale, au contact du segment inférieur. M. l'Interne sent passer successivement au contact de ses doigts une main, puis un pied. Celui-ci est saisi, attiré dans l'orifice du col et laissé dans cette position. La perte de sang au cours de l'intervention est évaluée à 80 grammes. Les bruits du cœur fœtal se ralentissent et cessent complètement vers 16 heures. La malade a des douleurs espacées. Jusqu'à 19 h. 30 son état reste le même. On lui fait encore 500 grammes de sérum artificiel.

19 h. 30. — La dilatation est complète. Apparition des douleurs expulsives.

19 h. 45. — On voit successivement apparaître à la vulve le siège et le tronc. Le menton est sous la symphyse. Le dégagement de la tête se fait spontanément.

On pratique la délivrance artificielle immédiate. La malade perd encore quelques grammes de sang. L'utérus est très contracté.

Enfant. — Garçon mort-né pesant 2.060 grammes.

Délivre. — Le *placenta* est un peu déchiqueté, il semble cependant complet. Les *membranes* sont friables, dilacérées, mais paraissent complètes. La rupture des membranes est sur le bord et empiète sur le placenta.

Perte de sang. — La malade a beaucoup perdu avant l'arrivée. Elle ne perd que 100 grammes dans le service, car le Braxton Hicks est pratiqué aussitôt.

Suites de couches. — Il y a eu un peu de fièvre pendant quelques jours. Les lochies sont négatives. La malade sort guérie au vingt-cinquième jour.

OBSERVATION IX

II pare. — *Grossesse de sept mois.* — *Présentation de l'épaule.* — *Hémorragies de la grossesse et du travail.* — *Pas d'anémie.* — *Placenta prævia latéral.* — *Procidence du cordon.* — *Tentative de version céphalique.* — *Braxton-Hicks (petite hémorragie à la suite, due aux tiraillements du cordon procident; on le sectionne, l'enfant étant mort).* — *Mère vivante.*

Marie-Louise C..., 25 ans. Entre à la Clinique le 13 octobre 1912.

Il n'y a rien de particulier dans les antécédents héréditaires de la malade. Elle s'est toujours bien portée. Premières règles à 12 ans. Depuis, les règles sont irrégulières, abondantes, mais non douloureuses durent quatre ou cinq jours. La malade a eu un premier accouchement il y a huit ans, survenu à terme, sans incident. La mère ignore ce qu'est devenu l'enfant.

On ne peut faire préciser à la malade la date de ses dernières règles. Les premiers mouvements du fœtus ont été perçus vers le 13 août, c'est-à-dire il y a deux mois. Avant cette date, la malade avait toutes les deux ou trois semaines des pertes irrégulières durant un jour ou deux. Depuis le 13 août, elle a continué à perdre du sang. Elle ignore le nombre de pertes.

13 octobre au matin, expulsion de trois ou quatre caillots du volume d'une orange.

6 heures. — Début des douleurs.

9 heures. — La malade entre à la Clinique. On trouve

dans ses vêtements une certaine quantité de sang et un caillot de 30 grammes.

10 h. 30. *Toucher.* — Col dilaté à 2 centimètres et effacé; ses bords sont minces. On ne sent pas le placenta dans la région explorable du col. Il s'écoule du sang noir pendant le toucher. Sur le col, on sent un petit membre correspondant à une main droite. On sent le gril costal, on arrive au creux de l'aisselle dont le sommet est dirigé à droite, la main retire un caillot de 50 grammes.

11 heures. — Etat stationnaire. Douleurs légères, espacées. Pouls : 112.

11 h. 30. — Pouls : 108.

13 heures. — Depuis une demi-heure les douleurs se rapprochent. La malade a une série de douleurs de vingt secondes se reproduisant toutes les minutes. Bruits fœtaux assourdis. Pouls maternel : 120.

13 h. 15. — Col dilaté à 2 centimètres. Le segment inférieur est tendu. L'épaule tend à s'engager. Pouls maternel : 116. Bruits fœtaux : 176. De quatre en quatre minutes, douleurs assez vives durant exactement vingt secondes.

13 h. 45. *Tentative de version céphalique.* — On essaie de remonter l'épaule avec deux doigts de la main gauche, pendant que la main droite tente de faire descendre la tête de la fosse iliaque sur le col. On y parvient presque et on sent la grande fontanelle, à gauche, dans la direction du transverse. Une contraction suffirait pour réaliser l'engagement. A ce moment, un aide, placé à droite de la malade, essaie, par des mouvements de reptation de ses deux mains sur le flanc gauche, de remonter le siège. Il n'y parvient pas. Le cordon tombe au devant de la présentation, mais sans sortir de l'utérus, puis il se place en écharpe sur l'épaule droite. Une dernière tentative reste inefficace. On amène la main droite à la vulve et on la munit d'un lac. La malade est sondée : on retire 600 grammes d'urine.

14 heures *Braxton-Hicks.* — On introduit deux doigts de la main gauche dans le col en passant à droite de la main procidente. Ils recherchent le pied droit, le saisissent et l'amènent à la vulve. Un lac de gaze est fixé à ce pied et maintenu par un aide. Pendant ce temps, on cherche à

refouler l'épaule qui a toujours tendance à s'engager à côté du pied. Pour ce faire, on repousse le plus haut possible le bras qui avait été préalablement dégagé, pendant que l'aide abaisse le siège et remonte la tête. La manœuvre réussit, la tête se loge franchement vers le fond utérin. Pouls maternel : 124. On n'entend plus le cœur fœtal. Les contractions apparaissent légères d'abord, pour se rapprocher bientôt de la normale.

14 h. 45. — On aperçoit le cordon en travers de la cuisse droite du fœtus. Comme il y a un peu d'hémorragie, dûe probablement aux tiraillements du cordon sur le placenta, on profite d'une douleur qui permet de bien le voir pour le sectionner entre deux pinces. Aussitôt après, les douleurs deviennent plus efficaces et le siège effectue sa rotation en SIDA.

14 h. 55. — On soulève le membre inférieur droit, antérieur, et on effectue le dégagement du pied gauche postérieur. On dégage un nouveau circulaire du cordon.

15 heures. — Dégagement du tronc. Mauriceau.

Un caillot de 40 grammes environ accompagne la sortie de l'enfant.

La délivrance se fait immédiatement, suivie d'une perte de 100 grammes.

Enfant. — Garçon mort-né, pesant 1.700 grammes.

Délivre. — Le placenta pèse 530 grammes. Il est circulaire. Les membranes sont rompues au niveau de son bord.

Pertes de sang. — Hémorragie importante avant l'entrée : 220 grammes de sang mesurés à la Clinique.

Suites de couches normales. La malade sort guérie au dixième jour.

OBSERVATION X

IV pare. — Grossesse à terme. — Présentation du sommet.

— Placenta prævia marginal. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Anémie. — Rupture artificielle des membranes inefficace. — Braxton-Hicks (petite hémorragie à la suite, arrêtée par de légères tractions

sur le pied). — *Délivrance artificielle. — Enfant morte. — Mère vivante.*

Marie Louise L..., 27 ans, journalière. Entre à la Clinique le 14 octobre 1916. Rien d'important dans ses antécédents héréditaires. Elle jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a eu antérieurement 3 grossesses normales.

Les dernières règles datent du 2 janvier 1916. La grossesse est bien supportée jusqu'au 8^e mois. La malade a eu plusieurs hémorragies dans le courant du 9^e mois.

Le 13 octobre à 16 heures, la malade se présente à la Clinique pour passer la visite. La sœur de garde la renvoie, car elle n'avait aucune douleur, et lui dit de revenir à la consultation du lundi suivant.

Vers 18 heures, elle a une perte chez elle. L'hémorragie aurait été abondante. Une sage-femme, appelée, la désinfecte et sort du vagin une quantité considérable de caillots. La sage-femme lui conseille de retourner à la Charité, car, dit-elle, « elle n'avait jamais vu autant de sang ».

14 octobre. — La malade arrive à la Clinique vers 3 heures du matin. Température : 37°6.

Toucher. — Col non effacé, non dilaté. Comme la malade ne perd pas, on ne lui fait rien, on la laisse simplement au repos.

4 heures. — La parturiente ressent les premières douleurs. Elles surviennent toutes les dix minutes et sont localisées dans les reins. Les bruits du cœur sont bien perçus à droite au niveau de l'ombilic. Ils sont rapides : 160.

6 h. 40. — Il y a un petit suintement. La malade baille, sa face est pâlie ; on ne sent pas son poulx. On lui injecte 1 litre de sérum artificiel.

Toucher. — Le col est effacé, dilaté à 2 centimètres. On sent du placenta décollé sur une étendue de 6 à 8 centimètres. La tête est mobile. La poche des eaux bombe légèrement. On retire du vagin 600 grammes de caillots.

7 h. 15. — On rompt les membranes. Le liquide est rougeâtre, peu abondant. On fait un bon lavage vaginal. La malade ne perd plus.

7 h. 40. — Brusquement nouvelle perte. On mesure

encore 600 grammes de sang. Les douleurs se sont rapprochées ; elles surviennent toutes les cinq minutes ; la malade souffre dans les reins seulement. On sent à peine la contraction utérine. On appelle d'urgence M. le Prof. Fabre. L'hémorragie continue.

8 h. 15. — *Intervention.* — Pendant le transport à la salle d'opérations, la malade perd encore 300 grammes de caillots.

Anesthésie légère. Le dos du fœtus est perçu à gauche, les petites parties sont à droite. On va à la recherche d'un pied, et le pied gauche est ramené avec de grandes difficultés.

Pendant l'intervention, la malade perd 300 grammes de sang. Remise dans son lit, on lui injecte 700 grammes de sérum artificiel. Son pouls est plus perceptible, mais petit. On la réchauffe et on fait deux injections de caféine, et une d'huile camphrée. On entend encore les bruits du cœur. Quinze minutes après, ils ne sont plus perçus.

9 heures. — *Petit suintement sanguin.* — On fait quelques légères tractions sur le pied afin d'augmenter le tamponnement du siège.

9 h. 30. — On donne 0 gr. 15 de chloral, car la malade se plaint toujours de douleurs dans les reins. Cinq minutes après, douleurs dans le bas ventre.

9 h. 45. — Chloral (0 gr. 15).

9 h. 55. — Première douleur expulsive. Le pied descend beaucoup.

10 heures. — La malade est cyanosée autour du nez et des yeux. La face est très pâle. On craint qu'elle ne meure.

10 h. 5. — Deuxième douleur plus forte qui fait dégager la hanche. La rotation se fait de droite à gauche, le second pied se dégage spontanément, ainsi que les bras ; on relève un peu la traction pour dégager la tête.

10 h. 10. — Naissance d'une fille morte, pesant 3.620 gr. Immédiatement après, on fait une délivrance artificielle, que l'on fait suivre d'un lavage thérébentiné intra-utérin. On donne du champagne à la malade, on lui injecte 500 grammes de sérum artificiel et on la réchauffe. Elle reprend bientôt sa physionomie ordinaire. Pouls petit : 108.

Délivre. - Le placenta pèse 680 grammes, les membranes sont complètes. La rupture est sur le bord du placenta.

Perte totale :

1.500 grammes pesés avant le Braxton-Hicks.

300 grammes pendant la manœuvre.

Total: 1.800 grammes, plus une quantité importante de sang perdu avant l'entrée.

Suites de couches. — La température oscille entre 38 et 39 pendant dix jours. Traitement: lavages intra-utérins thérébinthés. La malade sort guérie au 22^e jour.

OBSERVATION XI

Primipare. — Grossesse de 8 mois 1/2. — Présentation du sommet. — Placenta prævia marginal. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Anémie. — Rupture artificielle des membranes inefficace. — Braxton-Hicks efficace. — Enfant mort-né. — Mère vivante.

Maria G..., 25 ans. Confectionneuse. Entre aux expectantes le 4 janvier 1910. Il n'y a rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. La malade jouit habituellement d'une bonne santé. Réglée pour la première fois à 13 ans, ses règles sont souvent irrégulières et douloureuses. On ne trouve pas de signes de spécificité en dehors d'une abondante chute de cheveux il y a 2 ans.

Les dernières règles sont du 15-20 avril. Date de l'accouchement à terme : 24 janvier. La grossesse a été bien supportée. La malade s'est un peu surmenée en soignant son mari tuberculeux. Les premiers mouvements de l'enfant ont été perçus à 5 mois.

La malade eut cependant, vers le septième mois, une perte sanguine, pendant la nuit, qu'elle compare à ses règles normales.

Dans la nuit du 3-4 janvier, elle se réveille vers 4 heures du matin et constate que ses draps sont inondés de sang. La quantité en est estimée par elle à un verre ou deux. Cette

hémorragie ne s'accompagna pas de douleurs. Un médecin l'envoie à la Charité, elle entre aux expectantes.

7 janvier. *Examen.* — La hauteur utérine est de 32 centimètres. La tête est amorcée. Le front est à droite. Les bruits du cœur fœtal sont bien frappés ; le maximum est à gauche : 5/10. Il s'agit d'une femme de petite taille, assez grasse, ne présentant pas d'œdème des jambes. L'examen viscéral ne révèle que quelques signes de bronchite disséminés : la malade tousse depuis un mois.

9 janvier. — Entre 10 heures et midi, la malade a une hémorragie que l'on évalue à 80 gr. Pouls maternel : 88. Hauteur utérine : 32. A la palpation, la tête est basse, les bruits du cœur sont perceptibles à gauche, peu nets. Le palper est douloureux. Il semble qu'à certains moments, on ait des durcissements ressemblant à des contractions. En somme OIGA, tête amorcée.

Toucher. — Le bassin est grand. Le col est diminué de largeur, le segment inférieur est mal constitué. On sent cependant un peu la tête dans le segment, du côté droit. A gauche, le segment est moins formé et on perçoit une masse qui peut être délimitée et qui le sépare de la tête. A gauche et en arrière on sent le bord du placenta. Col dilaté à 2 centimètres. La main retire quelques caillots.

14 h. 30. — La malade n'a pas reperdu. Elle ressent quelques petites douleurs revenant irrégulièrement. Le col n'est pas plus dilaté que ce matin.

16 h. 30. — Il y a un écoulement sanguin avec quelques caillots, on décide de rompre les membranes avec la branche d'une pince d'Hegar. Cette manœuvre est difficile ; car la poche des eaux ne bombe pas, il se produit une perte de sang de 20 grammes avec caillots. Les manœuvres répétées que l'on effectue pour rompre les membranes amènent l'expulsion de nombreux caillots. La rupture se produit enfin, mais la dilatation du col étant peu marquée, il n'est pas possible de dilacerer largement les membranes. La perte de sang pendant l'intervention est de 40 grammes. Les bruits du cœur fœtal sont mal frappés : 64. Le pouls maternel est petit, difficile à compter : 92 à 100. Température rectale 37°7.

17 h. 40. — Nouvelle perte sanguine avec caillots, évaluée à 500 grammes.

18 heures. — Bruits du cœur fœtal : 116. La malade ne perd pas ; son pouls est toujours difficile à compter.

18 h. 30. — Les bruits du cœur de l'enfant se relèvent : 120. Ils restent un peu irréguliers. Pouls maternels : 92. Les douleurs sont plus rythmées ; elles apparaissent toutes les 4 ou 5 minutes.

18 h. 45. — Les douleurs se rapprochent : toutes les 3 minutes. Les battements fœtaux se régularisent. Ils sont bien frappés : 132.

19 h. 30. — A ce moment le suintement sanguin reparaît.

20 h. 45. — M. le Prof. Fabre, appelé, examine la malade et trouve le pouls petit, faible à 92. Pendant que l'on prépare le ballon de Champetier, il pratique un toucher et retiré du vagin environ 300 grammes de sang et de caillots. Puis, par la manœuvre de Braxton-Hicks, il ramène le pied droit hors de la vulve. Le tamponnement ainsi réalisé est parfait. La malade ne perd plus une goutte de sang. On injecte 300 grammes de sérum artificiel à la malade et on attend. Bruits du cœur fœtal : 125. Jusqu'à minuit, les douleurs ont continué. A partir de ce moment, les douleurs sont plus fortes et un peu exagérées.

10 janvier, 1 h. 20. — La dilatation est complète. On trouve une hanche dégagée. On procède au dégagement. La manœuvre de Mauriceau est assez facile, les bras n'étant que peu relevés.

La malade est très pâle, le pouls est faible. On la remet dans son lit après un bon lavage. Une demi-heure après l'accouchement, le pouls est meilleur, la face se colore. La malade ne perd pas. L'utérus se contracte assez bien.

Au bout d'une heure et demie, la délivrance spontanée ne se produisant pas, le placenta est décollé, les membranes sont plus adhérentes, surtout au niveau de la corne droite.

Il n'y a pas d'hémorragie, ni pendant, ni après la délivrance. Le pouls se relève.

Enfant. — Garçon mort-né pesant 2.480 grammes.

Délivre. — Le placenta est complet, circulaire et pèse 310 grammes. Il ne présente pas d'altérations. Les mem-

branes sont complètes, rompues sur le bord du placenta.

Perte totale : 500 grammes avant l'intervention. La malade n'a pas perdu depuis.

Suites de couches normales. — La malade sort guérie au treizième jour.

OBSERVATION XII

III pare. — *Grossesse de huit mois.* — *Présentation du siège.*
— *Placenta prævia central partiel.* — *Hémorragies du travail.* — *Braxton-Hicks efficace.* — *Délivrance artificielle.*
— *Enfant mort-né.* — *Mère vivante.* — *Suites de couches normales.*

Marie-Joséphine G..., 34 ans. Journalière. Entre à la Clinique le 2 avril 1917.

On ne relève rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans 1/2. La menstruation est habituellement régulière. Elle a eu deux accouchements antérieurs : le premier est survenu prématurément à 8 mois ; le second qui date de 1901 a été compliqué d'hémorragies dues à un placenta prævia ; un ballon a été appliqué, l'accouchement a été terminé par une version. L'enfant était mort.

La malade vient à la visite disant qu'elle perd depuis la veille à 20 heures, époque où les douleurs ont commencé. Son linge est inondé, et dans la salle, on peut évaluer à 400 grammes la quantité de sang perdu.

On la fait coucher. Le doigt arrive sur l'orifice du col dilaté à 2 centimètres. On rompt les membranes et on attire le pied dans le col. La manœuvre s'est effectuée sans trop de difficultés. Elle a été rapide. La malade a encore perdu 400 grammes de sang pendant l'intervention. *Depuis elle n'a pas saigné.* Les bruits du cœur sont toujours normaux. Les douleurs sont faibles et espacées et gardent ce caractère toute la soirée. On fait trois injections de pituitrine et à 19 h. 30 le fœtus est expulsé en s'aidant de tractions sur le siège. C'est un enfant mort-né pesant 2.880 grammes.

L'hémorragie recommence abondante — On fait d'emblée la délivrance artificielle, et tout rentre dans l'ordre.

Délivre. — Le placenta qui pèse 380 grammes est complet. Il est farci d'infractus blanc (la malade est albuminurique). Les membranes rompues sur le bord sont complètes.

Pertes de sang : 160 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XIII

IV pare. — *Grossesse de 7 mois.* — *Présentation du sommet* — *Placenta prævia central.* — *Hémorragies de la grossesse et du travail.* — *Pas d'anémie.* — *Braxton-Hicks efficace.* — *Délivrance artificielle.* — *Enfant mort-née.* — *Mère vivante.*

Claudine P..., femme T..., 36 ans. Entre à la Clinique le 23 avril 1906, envoyée par le Dr P. Bonnet, de Neuville-sur Saône pour « hémorragies répétées, d'abondance croissante, en relation probable avec une insertion vicieuse du placenta et ayant provoqué un affaiblissement tel qu'une intervention semble indiquée. »

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. La menstruation est habituellement régulière, abondante et indolore. La parturiente a eu antérieurement deux grossesses à terme; les enfants sont vivants. Il y a 2 ans, elle a eu une fausse couche.

Les dernières règles dates du 13 septembre 1905. Au début de la grossesse la malade a eu quelques troubles sous la dépendance d'une rétroversion. Le Dr Bonnet fait une réduction; la malade est immobilisée au lit pendant deux mois. Au sixième mois, apparaît la première hémorragie. Les pertes deviennent ensuite de plus en plus fréquentes et abondantes.

La malade est mise en observation. Elle ne saigne pas. La tête est au détroit supérieur, mobile. Le fœtus est vivant.

24 avril, à 17 heures. — Brusquement, sans douleurs,

une hémorragie se produit : en un quart d'heure, la malade perd 300 grammes de sang, et l'écoulement continue.

Pouls : 96 *Toucher* : Col assez aisément perméable à deux doigts. Sur tout le pourtour du col, on ne trouve que du placenta ; il est décollé à droite, adhérent à gauche. Aussi loin qu'on peut aller, on ne sent pas la poche des eaux. L'hémorragie continue. Pouls : 120.

Intervention. — Sans anesthésie : la malade vient de manger.

Deux doigts de la main gauche introduits dans le col perforent le placenta tandis que la main droite abaisse les pieds qui sont au fond de l'utérus (le droit est à gauche). Le placenta perforé, les doigts saisissent le pied gauche qui est facilement amené à la vulve. L'intervention a été très rapide ; l'écoulement sanguin a été peu important (200 gr. à peine). A partir de ce moment, l'hémorragie s'arrête et ne reparait plus. Les bruits du cœur fœtal sont très rapides. Les douleurs apparaissent fortes et régulières.

22 heures. — Expulsion d'une fille morte pesant 1.910 gr. Délivrance artificielle immédiate. Pas d'hémorragie.

Délivre. — Le placenta est en raquette, perforé à l'union du tiers droit avec les deux tiers gauche. Tout le tour droit est noirâtre, infiltré de sang.

Perte totale : 500 grammes.

Suites de couches. — Normales ; la malade sort le 17^e jour. On place un pessaire pour réduire la rétroversion.

OBSERVATION XIV

VI pare. — Grossesse de huit mois et demi. — *Présentation du sommet.* — *Placenta prævia marginal.* — *Hémorragies du travail avec anémie.* — *Braxton-Hicks (petite hémorragie à la suite arrêtée par les tractions).* — *Délivrance artificielle.* — *Déchirure du col.* — *Enfant mort-née, mère vivante.*

Fernande B..., 28 ans, tisseuse, entrée à la clinique le 31 janvier 1908 (service des expectantes).

Il n'y a rien d'important dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Premières règles à 12 ans. Les règles surviennent normalement. La malade a eu antérieurement cinq accouchements normaux; les enfants sont vivants et bien portants, sauf un, mort d'entérite en 1916.

Les dernières règles datent du 16-20 mai 1907.

15 février. — La malade a eu une petite perte : un caillot et un peu de sang liquide; en tout 250 grammes.

16 février, 3 heures. — La malade est amenée à la clinique sur un brancard. Elle est très pâle, accuse un mal de tête léger, quelques étourdissements et un état anxieux assez prononcé. Elle ne souffre nulle part et se plaint seulement d'un écoulement sanguin persistant, léger, depuis la veille. Il s'est accru subitement ce matin à 2 heures. Pouls maternel : 96. Hauteur utérine : 32 centimètres. La tête est mal fixée. Bruits du cœur fœtal à 17/5 : 136. La malade a quelques légères contractions utérines sans douleurs.

3 h. 1/2. — Le pouls est à 104; l'écoulement persiste. Au toucher, on sent le vagin rempli de caillots. Col gros, épais, entr'ouvert. La présentation est inaccessible. On appelle M. le Professeur et M. le Chef de clinique.

3 h. 45. — Pouls fœtal : 136. Pouls maternel : 106. La malade accuse alternativement des sensations de froid et de chaleur.

3 h. 50. — On fait une injection de 500 grammes de sérum artificiel dans le tissu rétro-mammaire.

4 h. 15. — La malade est sur la table d'opération. Elle a perdu environ 300 grammes de sang depuis son arrivée à la clinique.

Toucher. Le placenta est inséré sur la lèvre postérieure du col et dépasse l'orifice inférieur de 1 cm. 1/2. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Intervention. — Anesthésie au chlorure d'éthyle, puis à l'éther. On introduit deux doigts de la main gauche dans le col. Ils cheminent entre les membranes et la face antérieure de l'utérus. On rompt les membranes à quelques centimètres du bord placentaire. Un flux de liquide amniotique s'écoule et jaillit sous pression, les doigts obturant mal le canal cervical. Puis, combinant les manœuvres externes

avec les manœuvres internes, on refoule la tête en haut et à gauche afin d'amener le siège en bas, ce qui facilitera la préhension des membres inférieurs. On les sent passer plusieurs fois. Enfin on saisit un genou, reconnu à la rotule, et le pied droit est amené à la vulve. On le dégage jusqu'au niveau du genou. La manœuvre de Braxton-Hicks a été longue et difficile, à cause du défaut de dilatation du col et du début de fixation de la tête. L'écoulement sanguin a été presque nul.

4 h. 50. — La malade réveillée est remise dans son lit. Le pouls est à 100. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent bien à 2 centimètres à droite de l'ombilic. Ils sont lents et irréguliers : 88. *La malade ne saigne plus.*

5 heures. — *Un mince filet de sang réapparaît* à la vulve et coule sans interruption. On exerce une *traction* légère, mais continue sur le pied pour comprimer le placenta. *L'écoulement s'arrête aussitôt.* Une nouvelle injection de 700 grammes de sérum artificiel est faite sous l'autre mammelle. Pendant ce temps, on maintient la traction légère sur le pied car, *dès qu'on le lâche le suintement sanguin recommence aussitôt.* Pendant cette traction, on aperçoit la lèvre antérieure du col faisant saillie sous la colonne antérieure du vagin.

5 h 10. — Contraction utérine assez violente. La descente est très sensible. Le membre droit, que l'on n'apercevait que jusqu'au genou, est maintenant découvert jusqu'à mi-cuisse. Le membre subit, en outre, une légère rotation et vient se fixer sous la symphyse pubienne. La malade prend mal au cœur. Une nouvelle contraction fait apparaître tout le membre droit. La fesse gauche apparaît ensuite au niveau de la fourchette et se dégage. On dégage le pied gauche et le tronc. On abaisse les bras. Le Mauriceau est facile.

5 h. 15. — L'expulsion de la tête est suivie brusquement de 500 à 600 grammes de caillots et de sang liquide. La femme est mise tête basse en travers du lit.

L'hémorragie continue abondamment. Le sang ruisselle. Un stagiaire fait la compression de l'aorte au travers de la paroi abdominale. On met la main dans l'utérus, on enlève le placenta décollé et les membranes ainsi qu'une

masse de caillots et de sang non coagulé. Le poing est laissé quelques instants dans la cavité utérine, pendant qu'un stagiaire comprime l'utérus sur ce poing à travers la paroi abdominale. Le col présente une petite déchirure. L'écoulement sanguin cesse, l'utérus s'étant rétracté après la sortie du poing. *L'enfant* est mort et pèse 3 050 grammes.

5 h. 30. — Pouls maternel : 118.

5 h. 35. — Pouls maternel : 104. L'utérus est bon.

Délivre. — Le *placenta* est complet, ovalaire, marginé; il pèse 530 grammes. Les *membranes* sont complètement déchirées au pourtour du *placenta*.

Perte de sang : 1.300 à 1.400 grammes.

Suites de couches : normales. *Sortie au dix-neuvième jour*

OBSERVATION XV

V pare. — *Grossesse à terme.* — *Présentation du siège.* — *Placenta prævia latéral.* — *Hémorragies du travail.* — *Braxton-Hicks efficace.* — *Enfant vivant (mort au bout de 50 minutes), mère vivante.*

Marie B..., 37 ans, blanchisseuse. Entre à la clinique le 2 mai 1914. Il n'y a rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Pas de syphilis, pas de tuberculose. La malade a été réglée à 13 ans; ses règles ont toujours été normales. Son premier accouchement date de 1903; il a été normal. Elle a eu une fausse couche de trois mois en 1904. En 1909, nouvelle grossesse; elle évolue jusqu'au terme; accouchement au forceps; l'enfant est mort. Quatrième accouchement normal en 1912; l'enfant est bien portante.

Les dernières règles sont du 30 juillet-4 août. La date de l'accouchement probable est le 10 mai. Les premiers mouvements du fœtus ont fait leur apparition en décembre 1913. La grossesse a été normale jusqu'au 1^{er} mai 1914.

2 mai. — Vers 4 h. 1/2, après une nuit normale, la malade se réveille subitement et dit avoir eu, immédiatement après, la sensation que la poche des eaux se rompait. Son lit est

inondé de sang. Il n'y a pas eu de douleurs, et la malade vient de suite à pied à la Charité, où elle est admise à 5 h. 30.

7 h. 45. *Examen.* — Il s'agit d'une présentation du siège; la tête est nettement sentie dans le fond utérin. Le dos est à droite. Le siège est en SIDA. Le col n'est pas ouvert. Après le toucher, un flot de sang s'écoule : environ 500 gr. Les bruits du cœur fœtal sont réguliers à 104.

8 h. 15. — L'orifice utérin est dilaté à 3 centimètres. On arrive assez facilement à introduire deux doigts à travers le col. On atteint aisément en avant, derrière la symphyse, le bord du placenta. On recherche le pied droit et on éprouve quelques difficultés à le faire passer à travers l'orifice interne qui se rétracte facilement. Des pressions externes avec la main, qui sent nettement la saillie du talon, combinées à la traction de la main cervicale, permettent d'engager le pied dans le col. Il est attiré à la vulve. La perte de sang au cours de la manœuvre est évaluée à 150 grammes. Le cœur fœtal bat à 138. Les bruits sont perçus à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

11 heures. — Quelques douleurs mouches.

14 h. 15. — Il y a des douleurs toutes les cinq minutes. Le pied descend. L'auscultation du cœur fœtal permet d'entendre les bruits bien frappés à 140.

15 h. 50. — Le col est haut, incomplètement dilaté à gauche. Les douleurs sont fugaces et irrégulières. On donne 25 centigrammes de chloral à la malade.

16 h. 15. — Depuis dix minutes, les douleurs s'accroissent et deviennent plus régulières. On redonne une dose analogue de chloral.

16 h. 50. — A la suite d'une violente poussée, la cuisse droite apparaît à la vulve. On voit également la moitié du pied gauche. On note une certaine irrégularité et un ralentissement des bruits du cœur.

16 h. 55. — Anesthésie. Extraction.

L'enfant, un garçon pesant 3.150 grammes est ranimé, mais il succombe au bout de cinquante minutes.

La délivrance se fait spontanément cinquante minutes après l'accouchement. Il n'y a eu aucun incident pendant la

période d'attente. Perte de sang après la délivrance : 300 gr. Après expression de l'utérus, on trouve encore 100 grammes de sang.

Délivre. — Le *placenta* pèse 620 grammes. Sur une étendue de 12 centimètres, il y a décollement du placenta sur les membranes. Sur ce point, il paraît y avoir une éraillure d'un sinus. Les *membranes* sont rompues à 2 cm. du bord placentaire.

<i>Perte de sang.</i>	500 gr. Flot de sang après le 1 ^{er} toucher.
	600 gr. Au cours de l'accouchement.
	400 gr. Après la délivrance.
	1.500 gr.

Suites de couches : normales. Sortie au douzième jour.

OBSERVATION XVI

III *pare.* — *Grossesse de huit mois.* — *Présentation du sommet.* — *Hémorragies du travail.* — *Pas d'anémie.* — *Placenta prævia marginal.* — *Braxton-Hicks efficace.* — *Procidence du cordon.* — *Enfant mort, mère vivante.*

Anna T..., 29 ans. Entrée à la clinique le 19 juillet 1907.

On ne note rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Personnellement elle a eu une fièvre typhoïde à 8 ans. Depuis, bonne santé habituelle.

Premières règles à 14 ans, régulières depuis. Elle a eu deux grossesses avant la grossesse actuelle. Le premier accouchement s'est terminé à 7 mois par l'expulsion d'un enfant macéré. La malade dit avoir eu les jambes enflées à ce moment. Ses urines n'ont pas été examinées. La deuxième grossesse s'est terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant vivant, mais débile, mort à 7 mois.

Les dernières règles datent du 7 novembre. Au cours des trois premiers mois la malade a eu des vomissements, des maux de tête et une constipation opiniâtre. Aucune hémorragie.

La première hémorragie est survenue le 19 juillet. Elle détermine la parturiente à entrer à la Clinique. On observe

à l'entrée une hémorragie de 200 grammes. Le suintement continue.

20 juillet, 5 heures. — Le toucher est pratiqué. L'orifice externe du col est épais, perméable à un doigt. Ce doigt rencontre du placenta.

De 5 heures à 8 h. 30. — La perte de sang est évaluée à 50 grammes en caillots. Le col est perméable à deux doigts. Pouls maternel : 112.

11 h. 30. *Intervention.* — Le col est dilaté à 4 centimètres. Deux doigts y sont introduits. Les membranes sont rompues avec la moitié de la pince d'Hegar. Le placenta est déchiré du côté droit sur une longueur de 10 centimètres. Avec les doigts de la main droite la tête est refoulée dans la fosse iliaque gauche. La main externe faisant tourner le fœtus on sent d'abord les membres supérieurs. Le pied antérieur est ensuite saisi et attiré hors des voies génitales. En même temps le cordon sort sur une grande étendue, il est impossible de le refouler.

Midi 45. — Expulsion spontanée du tronc. Cinq minutes après, dégagement du bras antérieur. Le postérieur se dégage spontanément. Un léger Mauriceau dégage la tête. Le déclive suit : il est complètement décollé.

13 heures. — Pouls maternel : 120.

Enfant. — Fille mort-née pesant 1.720 grammes.

Délivre. — Le placenta pèse 300 grammes. Il ne présente pas d'altérations. Les membranes sont rompues près du bord.

Suites de couches. — Normales, sortie au 14^e jour.

OBSERVATION XVII

Primipare. — Grossesse de huit mois. — Présentation de l'épaule. — Hémorragies de la fin de la grossesse et du travail. — Anémie. — Placenta prævia central partiel. — Braxton-Hicks efficace. — Enfant mort. — Mère vivante. — Fièvre pendant 25 jours. — Guérison.

Jeanne B..., 23 ans. Entre à la Clinique le 26 juin 1911. Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

taires. Bonne santé habituelle. Elle fut réglée à 11 ans très régulièrement, mais jusqu'à l'âge de 15 ans, elle éprouvait des douleurs avant l'apparition des règles. Elle n'a jamais eu de fausses couches. On ne lui trouve aucun signe de spécificité. Les dernières règles datent du mois d'Octobre. En janvier la malade a des pertes rouges absolument semblables aux règles précédentes et survénant à leur époque. Elle commence à sentir bouger son enfant à la fin du mois d'avril ; il n'y a pas d'autre incident jusqu'au 23 juin après-midi, où la malade fut prise de coliques assez fortes qui durèrent jusqu'au lendemain matin. Le 24 juin, elle perd un peu et vient à la Charité ; on lui dit de ne pas s'inquiéter, et elle retourne chez elle où elle vaque à ses occupations. Dans la nuit du 24 au 25 juin, toute la journée du 25, et la nuit du 25 au 26, elle perd du sang et évacue 6 ou 7 fois des caillots, qu'elle évalue à la grosseur du poing. Le 26 juin, au matin, elle perd encore. Sa sœur, exerçant la profession de lingère, lui fait un tamponnement avec du coton hydrophile et l'amène à la Charité.

A l'entrée. — La malade est anémiée ; les extrémités sont froides. Le poulx bat à 120. La palpation révèle une position transversale, la tête étant à droite et le dos postérieur. La hauteur utérine est de 23 centimètres.

9 heures. — Elle perd toujours. On lui fait une injection vaginale thérébinthée et une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Le poulx maternel est à 120. Les bruits fœtaux sont difficilement perçus à droite au niveau de l'ombilic : 130. La malade est enveloppée de linges chauds.

11 heures. — La malade perd encore et paraît s'anémier. Poulx maternel : 140. Cœur fœtal : 106.

On pratique un toucher. Le vagin est rempli de caillots. Ceux-ci sont évacués. On trouve alors un col dilaté à quatre centimètres dans tous les sens. Le placenta débordant obture environ la moitié du col du côté droit. La quantité de sang perdu par la malade, depuis son entrée à la Clinique, est évaluée à 600 grammes.

11 h. 40. — Poulx maternel petit, filant : 145. Le poulx fœtal, très petit, bat à 140. Elle perd toujours et paraît

exangue. On décide d'*intervenir*. Injection vaginale théré-bentinée. Anesthésie au chlorure d'éthyle, puis à l'éther. Le col est dilaté à petite paume, rempli de caillots qui sont enlevés. On sent alors le placenta complètement décollé du côté droit. Les membranes sont dilacérées de la main gauche. On perçoit aussitôt un bras et la paroi costale. L'autre main opère la rotation pendant que deux doigts introduits dans l'utérus vont à la recherche du pied. La manœuvre est pénible et difficile. Les doigts internes arrivent sur la crête iliaque, puis sur le genou. Ils atteignent enfin le pied gauche qui est amené à la vulve.

La malade est reportée dans son lit. On l'enveloppe de linge chauds. On fait une nouvelle injection de sérum artificiel (600 grammes). La malade est à ce moment excessivement pâle. Elle vomit un peu.

Midi. — Pouls carotidien : 120. On fait une injection de caféine et on donne du champagne.

Midi 30. — Huile camphrée ; caféine 0,50.

Midi 40. — Le pouls maternel est toujours à 140 ; pouls fœtal 140, bien frappé et perceptible. Il s'agit bien des bruits du cœur fœtal, car ils sont nettement dissociés du pouls maternel.

13 h. 15. — La malade éprouve deux vagues envies de pousser.

14 h. 40. — La malade ressent de vives douleurs. Le pouls affecte un caractère essentiellement irrégulier, battant par moments aux environs de 100 ; puis brusquement, devenant incomptable. Mêmes signes au cœur. Injection d'huile camphrée : 2 centimètres cubes. Lavement de sérum artificiel : 300 grammes.

15 heures. — Les envies de pousser deviennent plus impérieuses. La hanche gauche commence à apparaître. On ne perçoit plus les bruits fœtaux.

15 h. 30. — Le siège se dégage. L'état général semble s'être relevé, bien que le pouls soit toujours très rapide.

Le dégagement du reste du corps s'effectue simplement et ne s'accompagne d'aucune hémorragie. Il s'écoule seulement un peu de sang noirâtre (30 grammes). Le placenta apparaît à la vulve dès la sortie de la tête et comme il ne se

produit aucune menace d'hémorragie, on laisse les choses en état.

16 heures. — Injection rétromammaire de sérum (600 gr.).

16 h. 35. — Le placenta est expulsé, ainsi que les membranes.

Cette délivrance n'est suivie que de quelques gouttes de sang noirâtre paraissant avoir séjourné dans l'utérus. La malade paraît s'être remontée, mais il y a toujours de l'instabilité du pouls.

Enfant. — Mort-né, pesant 1.690 grammes.

Délivre. — Le placenta pèse 275 grammes. Les membranes sont complètes. Leur déchirure porte au ras du placenta dont les cotylédons voisins sont délacérés.

Perte de sang. 600 grammes dans le service. La malade avait beaucoup perdu avant son entrée à la Clinique.

Suites de couches. — La température oscille entre 38 et 39, du troisième au vingt-cinquième jour. Lochies négatives. Injections vaginales thérébentinées. Guérison.

OBSERVATION XVIII

VII pare. — Grossesse de cinq mois et demi. — Présentation du sommet. — Placenta prævia marginal. — Hémorragies avec anémie. — Rupture des membranes inefficace. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-né. — Infection puerpérale. — Phlébite. — Embolie pulmonaire. — Endocardite. — Guérison.

Joséphine V..., 33 ans. Entrée à la Clinique le 20 mai 1905. Rien d'important dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Elle a eu 3 enfants nés à terme, et 3 autres nés avant terme (cinq mois et demi, six mois, cinq mois) Les dernières règles datent du 7 décembre 1904. La malade en est donc à cinq mois et demi. La grossesse a été pénible (maux de cœur, mauvaises digestions).

Le 18 mai, elle fait une chute dans les escaliers, et depuis ce moment, elle perd en rouge. Elle saigne encore quand

elle entre à la salle des douleurs le 20 mai à 16 heures : elle est anémiée, affaiblie, ses muqueuses sont décolorées ; le pouls bat à 105 ; il est petit.

Examen. — Utérus jusqu'à l'ombilic, on ne sent rien à la palpation. On n'entend pas les bruits du cœur. Au toucher, le col est dilaté à 3 centimètres. Un à deux cotylédons placentaires sont prolabés dans le vagin qui est rempli de caillots. Il est difficile de percevoir la tête ; il faut terminer rapidement l'accouchement.

16 h. 15. — *On rompt les membranes.* Un léger *suintement sanguin continue.*

16 h. 20. — *Intervention.* — Trois doigts sont introduits dans le col. La tête est perçue très haut, molle, petite. La main gauche externe abaisse le siège, pendant que la main droite interne saisit le pied droit et tente de l'abaisser. Les tractions n'amènent aucune évolution. On recherche l'autre pied, on l'amène facilement à la vulve. Le fœtus étant très petit, on termine l'accouchement. La manœuvre de Mauriceau présente quelques difficultés à cause du peu de dilatation du col.

Immédiatement, le placenta est extrait sans peine. La malade n'a pas saigné depuis le Braxton-Hicks.

Enfant. — Mort.

La mère va bien ; son pouls est à 105. On lui a injecté avant l'extraction un litre de sérum artificiel en arrière des seins.

Délivre. — Le placenta est en collerette, pèse 270 gr.

Suites de couches. — Les lochies contiennent du streptocoque. On fait descendre la femme à l'infirmerie le 24 mai.

25 mai. — Température 39°2. Pouls à 130. Dyspnée. Langue saburrale. Pertes sales, sans odeur. Lavage intra-utérin à la térébentine.

30 mai. — La malade allait bien. Elle a été prise cette nuit d'une dyspnée considérable avec toux sèche. Les crachats sont rares et difficiles. Elle a eu des frissons.

Le matin, on la trouve dyspnéique : elle a 48 respirations. Pouls rapide à 104. L'auscultation des poumons montre de l'obscurité et de la submatité à la base droite, sans souffle ni

rales fins. Au sommet, du même côté, respiration rude. Au cœur, sensation de frottement dans la région mésocardiaque, premier bruit presque soufflant. Crachats muqueux, épais avec un petit filet sanglant.

Œdème des membres inférieurs, blanc, dur, non douloureux, plus accusé à gauche. La malade a souffert dans la jambe gauche. Température : 38°2. Pas d'albumine.

4 juin. — Les accidents dyspnéiques ont cédé progressivement. Actuellement, la malade conserve un peu de dyspnée d'effort et une légère teinte cyanosée des lèvres.

9 juin. — Température normale. Disparition de la dyspnée. Examen du cœur (M. Péhu) : Rétrécissement mitral pur. Sommet droit douteux. Origine bacillaire possible de la lésion cardiaque.

OBSERVATION XIX

III pare. — Grossesse de huit mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Braxton-Hicks efficace. — Délivrance artificielle. — Enfant mort. — Mère vivante.

P. . . , 31 ans, ménagère. Entre à l'infirmerie le 31 janvier 1913. Il n'y a rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. La malade s'enrhume facilement, toussé, crache, se plaint souvent de points de côté. Régliée pour la première fois à 13 ans. Ses règles sont ordinairement peu abondantes, douloureuses, l'obligeant à garder le lit le premier jour.

Mariée à 25 ans. Deux grossesses normales antérieurement. Le premier enfant est mort, le second est bien portant. Les règles ont cessé vers le milieu d'août, sans date plus précise. Les premiers mouvements ont été perçus dès le mois de septembre. Il y aurait donc contradiction entre cette date et la date de disparition des règles ; elle a sans doute pris pour ses règles ce qui n'était en réalité qu'une perte tenant à l'évolution de sa grossesse.

Les mois d'octobre, novembre, décembre ne sont marqués

d'aucune perte : tout reste normal jusqu'au 11 janvier. La veille de ce jour, des douleurs vives sont ressenties dans les reins. Le matin du 11, la malade tout à fait remise, reprend son travail ; elle se sent assez fatiguée vers le milieu de la journée et, spontanément, sans autre cause, elle sent qu'elle perd du sang. Elle s'alite, expulse deux gros caillots, puis du sang liquide en quantité assez notable, qu'elle ne peut préciser davantage. La malade reste au lit. Un médecin appelé, conseille l'entrée à la Charité, où elle entre le 13 janvier.

Rien de particulier jusqu'au 15.

15 janvier, vers 14 heures, nouvelle hémorragie qui se continue dans la nuit jusque vers 2 heures. A ce moment elle expulse deux gros caillots, et tout rentre dans l'ordre.

20 janvier. — La malade est transférée aux expectantes.

12 février, 22 h. 30. — La malade ressent des douleurs analogues à celles des 11 et 15 janvier. L'hémorragie se reproduit abondante. La malade déclare avoir inondé son drap.

1 h. 15. — On la transporte à la clinique. Elle perd encore abondamment. Température : 37° 1. Pouls : 80. La quantité de sang perdu est évaluée à 200 grammes, depuis son entrée à la clinique.

Toucher. — Le col est dilaté à 2 centimètres. Le placenta est senti sur tout le pourtour du col. Dans le vagin, le doigt retire 100 grammes de caillots. Présentation du sommet. Les bruits du cœur sont bien frappés. On prévient M. le Chef de clinique qui arrive à 2 h. 15. Pas de signes d'anémie malgré une nouvelle perte de 300 grammes. Au palper la tête est mobile, le dos est à gauche, très en arrière. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés.

Intervention — On retire encore du vagin 100 grammes de caillots. Le col est souple, dilaté à 3 centimètres. L'orifice central est complètement fermé par du tissu placentaire qui forme une masse épaisse en arrière et sur les côtés. En avant, au contraire, la masse paraît plus mince et permet de sentir la présentation. Il semble donc que l'on soit au voisinage des membranes ; c'est ce point que l'on choisit pour pratiquer l'ouverture de l'œuf. Avec une branche de la

pince d'Hegar, on pratique la rupture sans qu'il s'écoule nettement du liquide amniotique. Une nouvelle exploration, faite pour contrôler la rupture, ne retrouve pas l'orifice. La pince est alors réintroduite, et le doigt agrandit largement l'orifice pratiqué. On sent une présentation un peu irrégulière. La tête paraît très inclinée sur le pariétal postérieur, l'oreille étant perçue très nettement. Devant ces circonstances : présentation un peu irrégulière, pertes antérieures abondantes et répétées, insertion à peu près centrale du placenta; on décide de ne pas s'en tenir à la simple rupture des membranes, mais de pratiquer d'emblée le Braxton-Hicks.

La malade est anesthésiée à l'éther. On introduit trois doigts de la main droite dans l'orifice de perforation, tandis qu'un aide fait évoluer le fœtus à travers la paroi abdominale, essayant de le faire basculer de gauche à droite. Cette manœuvre échoue une première fois, car la malade se contracte, insuffisamment endormie. On pousse un peu plus l'anesthésie et la manœuvre peut facilement s'exécuter. Les doigts de la main interne saisissent la jambe droite, l'abaissent et l'attirent à la vulve. Le siège appuie bien sur l'orifice cervical, mais on sent une languette placentaire de 3 centimètres qui pend le long de la cuisse du fœtus. *La malade ne perd plus.*

Les douleurs se réveillent à partir de ce moment, plus fortes et très rapprochées. Pouls maternel : 100. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. On fait dans le tissu rétro-mammaire une injection de sérum artificiel de 600 grammes.

4 h. 45. — Les douleurs expulsives apparaissent. En une ou deux contractions, le fœtus est expulsé spontanément et en bloc.

Il y a ensuite un suintement sanguin assez abondant (200 gr.). On pratique la délivrance artificielle. Le placenta, en partie décollé, n'est plus adhérent que sur le pourtour du col. Les membranes font hernie dans le vagin.

Enfant mort-né ; pèse 2.620 grammes.

Délivre. — Le placenta pèse 430 grammes. Le sac membraneux est perforé en deux points. Une perforation de la largeur d'une pièce de 2 francs existe exactement au niveau

des membranes. Elle a porté au voisinage immédiat du cordon, lequel est lui-même inscrit sur les membranes mais près du tissu cotylédonaire. Le second orifice par lequel a passé le fœtus est circonscrit sur les quatre cinquièmes de sa circonférence, par des membranes épaisses sur lesquelles s'insèrent le cordon. Celui-ci et un des vaisseaux qui s'en détachent, sont compris entre les deux orifices de perforation.

Perte totale de sang dans le service : 900 grammes.

Suites de couches : normales, sans complications

OBSERVATION XX

X pare. — Grossesse de sept mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central partiel. — Hémorragies du travail. — Anémie légère. — Braaxton-Hicks efficace. — Enfant vivant. — Mère vivante.

Marie M. . . , 39 ans. Entrée à la clinique le 13 juin 1906. On ne note rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Début de la menstruation à 15 ans. Règles irrégulières. Elle a eu antérieurement neuf grossesses, dont une fausse couche, sept grossesses à terme et une gémellaire. Cette malade qui ressentait, depuis huit jours, des douleurs dans les reins, entre à la clinique vers 21 heures, parce qu'elle s'est aperçue qu'elle perdait du sang.

Les règles étant rares et irrégulières, elle ne sait pas à quelle époque remontent les dernières. Elle aurait eu cependant des pertes de sang du 5-10 novembre. Pendant la nuit, elle a continué à perdre : 300 grammes environ.

14 juin, 8 heures. — La hauteur utérine est de 26 centimètres. La tête est mobile, petite, très élevée.

Toucher. — Le col, long de 6 centimètres, est suffisamment dilaté pour le passage de deux doigts. On sent, s'avancant à gauche dans le col, une portion de placenta. A droite, on sent une main.

21 h. 20. — Brusquement, la malade expulse du sang et

des caillots (400 gr.). Pouls maternel : 136. On injecte 150 grammes de sérum artificiel.

21 h. 30. *Intervention.* — Pendant le transport à la salle d'opération la malade perd encore 300 grammes. Anesthésie à l'éther. Au toucher, on note que la poche des eaux est rompue, que le placenta fait saillie dans la cavité cervicale dilatée à 3 centimètres. On sent très nettement un sillon entre le col et le placenta. Celui-ci est à gauche et en avant du col et s'étend sur une surface que l'on peut évaluer à la moitié du col dilaté. Du côté gauche du col, on sent une bride résistante et dure. Sous l'influence des secousses de toux, dues à l'éther, il s'écoule encore du sang par le vagin.

La dilatation du col permet le passage de quatre doigts dans le sens transversal, et de trois doigts dans le sens antéro postérieur. On recherche le pied antérieur, on le saisit par le jarret, et on l'abaisse. La manœuvre est difficile, dure cinq minutes par suite de l'état de siccité de l'utérus. On l'accompagne d'autres manœuvres externes et internes de refoulement de la tête. L'évolution se fait assez facilement.

22 h. 10. — Les battements fœtaux sont très ralentis, mais ils sont réguliers et bien frappés. Pouls maternel : 148,

23 h. 10. — La malade commence à pousser. Les battements fœtaux se sont bien relevés : 160, mais ils sont irréguliers. Le pied est un peu descendu. Pouls maternel : 120.

23 h. 5. — La malade pousse vigoureusement. Le membre inférieur se dégage, puis la hanche apparaît. Le dégagement se fait sans difficultés. Pendant le dégagement de la tête, la lèvre antérieure du col apparaît à la vulve.

La malade va bien. Elle a 135 au pouls. Il n'y a pas de phénomènes subjectifs, pas de maux de cœur, pas de vertiges... Elle n'a pas perdu de sang depuis que la version est faite.

23 h. 15. — Délivrance spontanée, avec une perte de 50 gr. de sang. L'utérus est très bon à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Enfant. — Garçon pesant 2.500 grammes. Il naît pâle,

flasque, en état de mort apparente. Les battements cardiaques sont lents. On le ramène par des frictions, un bain chaud. Les mouvements respiratoires s'installent peu à peu. Il est mis en couveuse.

Délivre. — Le *placenta* est utériforme, pesant 450 gr. Il ne présente aucune altération. Les *membranes* sont entières et rompues près du bord.

Perte de sang. — Environ 1.000 grammes.

Suites de couches. — Normales. La mère sort avec son enfant au douzième jour.

OBSERVATION XXI

VIII *pare.* — *Présentation du siège.* — *Placenta prævia latéral.* — *Hémorragies de la grossesse et du travail.* — *Rupture artificielle des membranes (a modéré l'écoulement).* — *Braxton-Hicks efficace.* — *Délivrance artificielle.* — *Enfant mort-né.* — *Mère vivante.*

Thérèse B..., femme R..., 42 ans. Entrée le 2 mai 1906. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans. Elle a eu sept accouchements antérieurs normaux. Trois des enfants sont morts : l'un de méningite à 3 ans ; un autre à 5 mois, de convulsions ; un dernier, à 1 mois, de maladie indéterminée. La malade ne peut préciser la date de ses dernières règles. La première hémorragie est apparue vers le quatrième mois. Elle fut peu abondante. Une seconde hémorragie est apparue vers le 15 avril. La malade dit avoir perdu 2 litres de sang. Elle est envoyée par son médecin à la suite d'une nouvelle hémorragie encore très forte, avec tendance à la syncope. Son médecin lui a fait une large déchirure de la poche des eaux, à la suite de laquelle l'hémorragie semble s'être modérée.

Présentation : siège complet.

1 *heure.* — Au toucher, on sent un pied sur le bord du col. Ce pied est tiré dans le vagin. Depuis, la malade n'a pas perdu.

2 h. 1/2. — Les bruits du cœur fœtal sont excessivement lents. Pas d'hémorragie.

3 h. 1/2. — Bruits du cœur fœtal : 156. *Toucher* : le pied gauche est à la vulve, le pied droit, dans le vagin. Le col est à peu près complètement dilaté. On perçoit encore, à droite et en avant, une parcelle de col infiltré, œdématié, non dilatable. Pas de contractions efficaces. La malade se plaint, gémit.

On fait quelques tractions sur le pied droit qui est mis à la vulve. Le siège est expulsé spontanément. Anse au cordon. Les bras sont facilement extraits. La tête est arrêtée par le col qui descend jusqu'à la vulve. Il faut environ une minute pour l'extraction de la tête. Délivrance artificielle immédiate.

Enfant pâle, flasque ; il fait trois ou quatre respirations, blanchit et ne respire plus. C'est un garçon de 2.390 gr.

Délivre. — *Placenta* circulaire. Les membranes sont complètement rompues sur le bord.

Suites de couches normales. La malade sort guérie au dix-septième jour.

OBSERVATION XXII

Marie M..., femme B..., 36 ans. Entrée le 30 juillet 1905.

VII *pare.* — Une hémorragie abondante un mois avant l'accouchement. — Nouvelle hémorragie la veille de l'accouchement (6 mois 1/2). — Hémorragies du travail. — *Placenta prævia central.* — *Braxton-Hicks* efficace. — *Extraction de l'enfant au travers du placenta lorsque la dilatation est complète.* — *Mère vivante.* — *Fille vivante,* pesant 1.800 grammes ; elle s'est bien développée jusqu'au quinzième jour, date de la sortie.

OBSERVATION XXIII

Céline G..., 36 ans. Entre à la Clinique le 27 juillet 1911.

IV *pare.* : Grossesse à terme. — *Placenta prævia central.* —

Hémorragies du travail (1.800 grammes). — Anémie Braxton-Hicks efficace. — Enfant mort-née. — Mère vivante. — Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIV

Louise R..., femme R..., 29 ans. Entre à la Clinique le 22 novembre 1914.

V pare. — Grossesse à terme. — Présentation du sommet. — Placenta præviâ latéral. — Une hémorragie pendant la grossesse. — Hémorragies du travail (1.800 grammes). — Anémie. — Braxton-Hicks efficace. — Enfant mort-née. — Mère vivante. — Suites de couches normales.

OBSERVATION XXV

D... Entre à la Clinique le 5 août 1911.

II pare. — Grossesse de huit mois et demi. — Placenta prævia marginal.

La malade est amenée tardivement après avoir saigné abondamment chez elle : état syncopal à l'entrée. On la remonte pendant toute la journée, n'osant pas intervenir, à cause de son état. Le lendemain matin, elle se remet à saigner. L'état général est bien meilleur. On pratique le Braxton-Hicks : il est efficace. Enfant macéré. Mère guérie. Un peu de fièvre dans les dix jours qui ont suivi l'accouchement.

OBSERVATION XXVI

S..., femme C... Entre à la Clinique le 17 février 1913.

II pare. — Grossesse de huit mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central partiel. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Pas d'anémie. — Braxton-

Hicks efficace, — Enfant mort. — Mère vivante. — Perte totale : 1.010 grammes. — Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVII

I pare. — Grossesse de huit mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia latéral. — Hémorragies du travail. — Anémie. — Braxton-Hicks efficace. — Difficultés d'extraction de la tête dernière. (Rétrécissement du bassin. — Fibromes multiples de l'utérus). — Craniotomie. — Anémie aiguë. — Mère et enfant décédés.

S... Marie, 40 ans, cultivatrice. Entrée aux expectantes le 26 octobre 1917.

On ne note rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Début de la menstruation à 14 ans ; règles régulières très abondantes, mais indolores. Pas de maladies.

Les dernières règles datent du 25-28 janvier. La malade a eu des hémorragies au deuxième mois de sa grossesse (fibromes multiples). A ce moment, au toucher, on sent un col long (3 centimètres) incomplètement ramolli. Dans le col, en arrière et à droite, on perçoit des noyaux résistants qui doivent être constitués par la muqueuse du col non ramolli. On recommande d'examiner la malade tous les quinze jours.

Après avoir fait un séjour à la Samaritaine, la malade est amenée aux expectantes ; elle a eu une perte abondante, trois à quatre caillots de la valeur de deux poings (27 octobre) : elle se réveille vers une heure du matin et voit qu'elle perd un peu en rouge. On appelle la sœur du service qui la fait transporter immédiatement à la Clinique. Au toucher, le col a conservé toute sa longueur, il est mou ; l'orifice externe est perméable, le segment n'est pas constitué. On fait une injection chaude à 48 degrés et tout rentre dans l'ordre.

Brusquement, une heure et quart après l'entrée, la malade perd rapidement la valeur de 1.600 grammes de sang en cinq minutes. M. le Prof. Fabre est appelé et décide de faire un Braxton-Hicks.

3 heures. — Anesthésie au kélène et à l'éther. Pouls assez bien frappé (100). On prépare du sérum. Le palper est très difficile, l'utérus étant garni de fibromes. Le col n'est pas dilaté, on éprouve de grandes difficultés à pénétrer dans la cavité cervicale. On introduit d'abord un doigt. Au bout d'un certain temps, un second doigt peut pénétrer. Le doigt rencontre d'abord les mains, et ce n'est qu'après trente-cinq minutes d'efforts réitérés que l'on parvient à amener un pied. C'est d'ailleurs le mauvais pied (pied gauche); mais il est impossible de trouver le bon pied. Pendant tout ce temps, la malade saigne à flots. On n'a pu évaluer la quantité de sang perdu. La manœuvre terminée, la malade est reportée dans son lit : *elle ne perd plus*; on la réchauffe et on lui injecte du sérum (500 grammes sous chaque sein), de la caféine, de l'huile camphrée. Le pouls est assez bon (100); il n'y a pas de syncope mais quelques baillements, d'une façon intermittente. Pendant la manœuvre, le périnée très résistant (primipare âgée) éclate sur les trois doigts fléchis de la main.

De 5 à 6 heures, le suintement recommence; la partie foetale ne progresse pas, la hanche antérieure est restée fixée au-dessus de la symphyse; la transformation de hanche antérieure en postérieure, ne se fait pas. Le mouvement est arrêté par un fibrome du volume d'un gros œuf, situé entre le pubis et la face antérieur de l'utérus. On intervient et on fait faire un mouvement de rotation à la hanche postérieure, pour l'amener en avant. Les deux hanches postérieures se dégagent alors; on éprouve de grandes difficultés à dégager les bras qui sont relevés. Enfin la tête dernière reste fixée malgré la manœuvre de Mauriceau avec pression sur le front, comme dans la manœuvre de Champetier : la tête ne peut être extraite.

Etant donné l'heure matinale, le personnel du service ne croit pas devoir appeler M. le Prof. Fabre, et les choses restent en état. On laisse ainsi la malade, en pensant qu'il ne reste plus à faire qu'une perforation sur la tête dernière. L'état général se maintient bon; la malade ne sent aucun malaise, elle est seulement très lasse.

9 h. 30. — Injections de caféine et d'huile camphrée.

10 h. 20. — Après anesthésie, M. le Prof. Fabre fait une craniotomie indiquée par l'impossibilité d'extraire la tête, même après des manœuvres de force. Malgré la perforation, il a une peine considérable à amener la tête. Ce n'est qu'après de longues et fortes tractions qui durent vingt-cinq minutes, qu'il arrive à l'extraire.

Pendant ces dernières manœuvres, la malade change d'aspect; le pouls devient filant; la malade se cyanose et expire rapidement, malgré tous les soins : enveloppements chauds, injections de caféine, d'huile camphrée, d'éther.

Poids de l'enfant : 2.890 grammes.

Autopsie. — On trouve un utérus fibromateux, renfermant une trentaine de noyaux fibromateux de volume variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une mandarine. Le col ne présente pas de déchirure. Le placenta encore adhérent est situé à droite du col. Le bassin est un bassin aplati, généralement rétréci, dont le diamètre utile est de 8 cm. 8 (1).

Il s'agit donc d'un cas complexe de placenta prævia avec rétrécissement du bassin, pour lequel la césarienne était indiquée. Il aurait fallu la pratiquer après la première hémorragie et la faire suivre d'une hystérectomie abdominale totale. La désorganisation du service, l'absence d'aides a rendu l'application de cette thérapeutique chirurgicale impossible.

(1) Ce travail était terminé au moment de l'accouchement. L'observation a été ajoutée lors de la mise en page.

INTERVENTIONS DIVERSES

OBSERVATION A

Catherine R. . . Entrée à la Clinique le 14 février 1915.

IV pare. — Grossesse à terme. — Présentation du sommet. Hémorragies du travail avec anémie. — Placenta prævia marginal. — Rupture artificielle des membranes inefficace. — Version. — Extraction. — Enfant mort. — Mère guérie. — Suites de couches normales. — Hémorragie totale : 2.200 grammes.

OBSERVATION B

M. . . , femme B. . . Entrée à la Clinique le 17 janvier 1909.

III pare. — Grossesse de neuf mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia marginal. — Hémorragies du travail. — Version. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-née. — Mère vivante.

On ne trouve rien de particulier dans les antécédents héréditaires de la malade. Personnellement, elle a eu de l'anémie de 15 à 18 ans. Deux accouchements antérieurs normaux. Les enfants sont en bonne santé. Les dernières règles datent du 20 avril. La malade a eu des céphalées pendant sa grossesse.

Le 17 janvier. — Elle a, dans la nuit, sans malaises, une perte rouge abondante, avec de nombreux caillots. On lui fait une injection chaude, et on l'envoie à la Charité. Elle

entre à la 2^e infirmerie. Elle saigne et ressent quelques petites douleurs.

23 h. 1/2. — L'interne du service appelé, trouve un col dilaté à 8 centimètres; la tête ballotte au-dessus du détroit supérieur. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. L'utérus est tendu. On ne sent pas nettement le dos. Il y a un cotylédon qui saigne; il est décollé et perceptible dans le col. On rompt les membranes et fait une version. L'hémorragie est arrêtée. Après une attente de dix minutes, pour permettre au col de se dilater un peu plus, on procède à l'extraction du siège; les bras sont ensuite abaissés. La tête est retenue un moment par le col, mais vient par des tractions légères.

Après la sortie de l'enfant (filles pesant 2.250 gr.) qui ne donne pas signe de vie, le toucher est pratiqué. On reconnaît que le placenta est dans le vagin et que le col n'a pas de lésions.

Les membranes restent adhérentes dans l'utérus : on va les chercher avec deux doigts. On fait une injection intra-utérine thérébinthée.

Délivre. — Le placenta est rond avec une encoche de chaque côté; il pèse 500 grammes. Un cotylédon près du point de rupture est légèrement déchiqueté et recouvert de caillots. Les membranes sont complètes, et rompues sur le bord même.

Perte de sang dans le service : 500 à 600 grammes avant l'extraction.

Suites de couches. — Fièvre entre 38° et 39° pendant dix-neuf jours sous la dépendance de troubles digestifs. Guérison.

OBSERVATION C

Marguerite R..., 40 ans. Entrée le 26 juillet 1906.

VIII pare. — Grossesse de neuf mois. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central. — Hémorragies du travail. — Version. — Délivrance artificielle. — Enfant

ranimé. — Mère guérie. — Un peu de fièvre (38° à 39° pendant 8 jours) dans les suites de couches.

OBSERVATION D

II pare. — Grossesse de six mois et demi. — Présentation du sommet. — Placenta prævia central partiel. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Procidence du cordon contre-indiquant le Braxton-Hicks. — Tamponnement. — Version. — Délivrance artificielle. — Enfant ranimé. — Mère vivante.

Élisabeth R..., femme S..., 30 ans. Entrée le 15 mai 1906. Envoyée par son médecin pour des « pertes et des douleurs ». Il n'y a rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans. Sa grossesse antérieure a été normale. L'enfant, qui a 7 ans, est bien portant. Les dernières règles datent du 20-25 octobre 1905.

Le 16 avril (6^e mois) après une journée ordinaire de fatigue moyenne, la malade s'est sentie un peu de pesanteur dans l'abdomen, accompagnée de quelques petites douleurs. En même temps, elle a perdu légèrement (environ 1 cuillerée).

Depuis, elle avait repris ses occupations et la grossesse semblait suivre une marche normale lorsque le 14 mai au soir elle sentait de nouveau des douleurs abdominales et se trouvait éveillée vers minuit par une hémorragie assez abondante. Depuis lors, elle n'a cessé de perdre jusqu'à 3 heures du soir, moment où on lui fit le tamponnement qui lui permet d'arriver à la Maternité.

A l'entrée. — Muqueuses à peine décolorées. Le poulx bat à 130. La température est de 38° 1. L'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, légèrement dévié à droite. Sa hauteur est de 37 centimètres; on sent au fond et en haut un ballotement qui en impose pour une tête. Bruits du cœur fœtal : 146; leur maximum est en haut et à

droite. Les contractions se produisent toutes les cinq minutes et durent de 25 à 30 secondes.

7 heures. — Pouls maternel : 112. Les douleurs se rapprochent et deviennent plus vives. L'anesthésie au chloroforme permet de pratiquer le toucher. Le col est dilaté à petite paume. Le cordon est procident. Il se produit toujours un suintement.

On attend, car la cuisse abaissée comprimerait le cordon. On tamponne.

7 h. 10. — Il s'écoule, quand on enlève la mèche, 120 gr. de caillots. On sent le placenta et la poche des eaux dans le vagin; le col est au dessus; la dilatation est à 5 centimètres. Bientôt une douleur expulsive apparaît.

Sept minutes après, on sent la moitié du placenta dans le vagin; la dilatation est complète.

On rompt alors la poche des eaux. On introduit la main dans l'utérus et on saisit le pied gauche qui est amené au dehors. Le cordon a glissé avec les eaux. Le siège et le tronc apparaissent. La tête passe facilement.

On procède ensuite au reste du décollement placentaire.

Enfant. — Fille pesant 1.305 grammes. Elle naît en état de mort apparente. Les battements cardiaques sont lents. Elle est ranimée et a vécu cinq jours.

Délivre. — La face maternelle du placenta est éraillée et morcelée sur un tiers. Les membranes sont complètes et rompues sur le bord placentaire.

Perte totale : 300 grammes environ.

Suites de couches : normales. Sortie au quatorzième jour.

OBSERVATION E

Primipare. — Grossesse de huit mois. — Présentation de de l'épaule. — Placenta prævia latéral. — Hémorragies du travail avec anémie intense. — Contracture de l'utérus. — Embryotomie. — Mère vivante.

Catherine G..., 21 ans, cuisinière. Entrée à la Clinique le 20 mars 1910. Elle est amenée d'urgence à la Charité, par

une sage-femme, pour des hémorragies incoercibles. On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Les règles sont abondantes et durent de six à huit jours. Les dernières règles sont du 6-12 juillet. La grossesse a été bien supportée. Il n'y a pas eu d'hémorragies. Les premiers mouvements du fœtus ont été sentis à 4 mois 1/2.

Les premiers malaises ont fait leur apparition le vendredi soir 18 mars. La veille, la malade se sentant un peu fatiguée va en ville chez une sage-femme qui la prévient que l'accouchement sera difficile, car l'enfant se présente transversalement.

19 mars. — Vers 18 heures débutent les premières douleurs. Elles sont de suite assez violentes et se prolongent pendant toute la nuit.

20 mars. — A 7 heures se produit brusquement une hémorragie indolore très abondante. Dès ce moment, il s'établit un sorte de suintement continu que la sage-femme essaie en vain d'arrêter par des injections chaudes et un tamponnement.

14 h. 30. — La sage-femme tente la version. Les tentatives n'ont d'autre résultat que de provoquer une nouvelle hémorragie. Terrifiée par son abondance, qu'elle évalue à 1 l. 1/2, la sage-femme décide d'envoyer la malade à l'Hôpital.

Elle y arrive vers 15 heures. A ce moment, elle est pâle, les lèvres sont décolorées, le pouls est à 140. L'état général est très grave. On fait une injection de 500 grammes de sérum artificiel et on décide l'intervention immédiate.

L'utérus est contracturé, extrêmement dur. Il s'agit d'une présentation de l'épaule. La tête est à gauche et le dos en avant. Il y a procidence d'un bras droit et du cordon. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. On évacue 600 grammes de caillots et on injecte encore 600 grammes de sérum artificiel.

Devant l'état de l'utérus et l'enfant étant mort, on renonce à pratiquer la version et on fait une embryotomie avec les ciseaux de Dubois; on extrait facilement les deux morceaux. Le placenta complètement décollé sort immédiatement. La malade est reportée dans son lit, mise en décubitus, la tête

basse. On lui injecte encore 500 centimètres cubes de sérum artificiel, et 0 gr. 25 de caféine. Le poulx s'améliore, la face se colore.

Délivre. — Le placenta est ovalaire et pèse 300 grammes. Les membranes sont complètes, rompues à 2 centimètres du bord placentaire.

L'enfant est une fille pesant 1.825 grammes.

Perte de sang : 600 grammes dans le service. La malade était presque exsangue à l'entrée.

Suites de couches normales. Sortie au douzième jour.

OBSERVATION F

Francine B. . . , femme L. . . , 30 ans, ménagère. Entrée à la Clinique le 18 août 1911. Envoyée par le Dr Valette, de Craponne, pour placenta prævia.

III pare. — Grossesse de neuf mois. — Présentation du sommet. Hémorragie très abondante dans le dernier mois. — Hémorragie considérable avant l'entrée : la malade est exsangue à son arrivée. — Forceps. — Enfant mort-née. — Décès de la mère trois heures après l'accouchement.

OBSERVATION G

Claudia D. . . , 19 ans, ménagère. Entrée le 30 mars 1910. Envoyée par le Dr Stevenel, de Craponne, pour placenta prævia avec début de travail.

Primipare. — Grossesse de six mois. — Présentation du siège. — Placenta prævia latéral. — Hémorragie (300 gr.) dans le service. — La dilatation est complète à son arrivée. — Expulsion spontanée du fœtus en quatre minutes. — Délivrance artificielle. — Enfant mort-née (1.000 gr.). — Mère vivante.

En résumé, ces observations comprennent tous nos cas de placenta prævia correspondant à la définition clinique que nous avons donnée : accouchement compliqué par des hémorragies dont l'abondance menace la vie de la mère, complication, due à l'insertion basse du placenta. Nous avons éliminé les cas les plus simples où la méthode de Puzos a tari l'écoulement.

Sur 34 cas, les multipares dominant. On ne rencontre que 6 primipares et 6 secundipares.

La période de gestation ne s'est prolongée jusqu'à la fin du 9^e mois, que chez 9 de nos accouchées. Dans 20 autres cas, la grossesse a été interrompue par des hémorragies survenues entre le 7^e et le 9^e mois. Cinq fois seulement l'accouchement se produisit avant le 7^e mois.

La situation du fœtus dans la cavité utérine se répartit ainsi : 24 présentations du sommet, 4 présentations de l'épaule, 6 présentations du siège.

HÉMORRAGIES. — a) Elles surviennent rarement avant le 7^e mois (obs. V, IX, XVIII, XXII, XXIII, C). Dans l'observation XXVII, l'utérus était rempli de fibromes, dont la présence suffit à expliquer l'hémorragie du 2^e mois.

b) Ce sont, le plus souvent, des hémorragies des trois derniers mois, amenant bientôt, par leur répétition, le début du travail. Elles ont été particulièrement nombreuses dans les observations II, VII, XIII, XIX, A. Elles surviennent toujours spontanément. A signaler cependant que la première hémorragie est

attribuée à une chute, par la malade de l'observation XVIII.

c) Dans 12 observations, les premières pertes sont bientôt suivies du début du travail.

d) Les hémorragies du travail sont remarquables par leur abondance, leur répétition ou leur continuité. Elles s'accompagnent fréquemment de symptômes d'anémie aiguë (16 cas). Plusieurs de nos malades sont arrivées dans le service très anémiées (7 cas : I, VI, VIII, XIV, XXV, F, G). L'intervention était particulièrement urgente.

e) L'importance de l'hémorragie au cours du Braxton-Hicks est très variable. Parfois nulle, souvent moyenne (de 300 à 500 grammes) elle est très abondante dans les cas particulièrement difficiles : 1.300 grammes (obs. VII). Dans l'observation XXVII, la malade saigne à flots pendant tout le cours de l'intervention.

f) Le Braxton-Hicks terminé, la malade ne saigne plus. Rarement, il a fallu exercer de légères tractions pour compléter l'hémostase (X, XIV). Dans l'observation XXVII, sa reproduction doit être attribuée à la présence de fibromes multiples de l'utérus et à un rétrécissement du bassin : la compression placentaire par le tampon fœtal s'exerçait donc dans des conditions très défectueuses. Il s'agit là d'un cas tout à fait atypique.

g) Les hémorragies de la délivrance, immédiatement après la sortie du fœtus, sont signalées dans les observations I, II, IV, V, VI, XIX. Elles ont indiqué la délivrance artificielle.

ÉTAT DU COL AU MOMENT DU BRAXTON-HICKS. — a) Dans trois cas (obs. I, II, XXVII) la dilatation n'est pas commencée, il faut d'abord introduire un seul doigt et dilater l'orifice avant d'en faire pénétrer un second.

b) Deux doigts pénètrent dans le col (III à XVII);

c) On introduit trois doigts (XVIII, XIX);

d) Le col peut admettre quatre doigts (XX);

e) Dans 6 observations l'état du col ne peut être précisé.

f) L'insuffisante dilatation du col rend parfois la sortie du pied difficile (III, VI, XIV).

LE BRAXTON-HICKS. — Il est souvent d'une exécution délicate. Les difficultés ont tenu à :

a) L'état du col, peu dilaté (voir plus haut);

b) *L'insertion placentaire.* — Elle s'est faite très souvent sur le centre même de l'orifice cervical comblé, en partie ou en totalité, par les cotylédons placentaires (14 cas). Les membranes ont été assez facilement atteintes dans 4 cas. Dans 2 cas, l'ouverture produite est insuffisante, et il faut dilacérer le placenta (XVI, XVII). Dans les observations IV et V, on est obligé de décoller le placenta pour atteindre les membranes. Dans l'observation VII, on tente vainement cette manœuvre. Le placenta est perforé directement chez 5 de nos accouchées (VII, XII, XIX, XXII, XXIII). Dans les autres observations l'insertion est marginale ou latérale;

c) *La présentation du fœtus.* — Il n'y a pas de difficultés dans les présentations du siège complet (VI,

XII, XV, XXI). La manœuvre est peu aisée quand le sommet est engagé; le fait est heureusement rare (1 cas);

d) *La saisie du pied.* — Elle est rarement aisée, sauf dans les présentations du siège. Deux fois, on a dû amener le mauvais pied (X, XXVII);

e) *La siccité utérine.* — Elle peut gêner l'évolution fœtale (XX). Dans un cas, elle a contre-indiqué la manœuvre (E).

COMPLICATIONS. — On note :

5 procidences du cordon (IV, VII, IX, XVI, D);

1 déchirure du col, bénigne (XIV);

Aucune rupture utérine;

1 déchirure périnéale (XXVII);

29 enfants mort-nés;

2 mères décédées. — 1^o *Observation F.* — La femme arrive exsangue à l'hôpital et meurt après une application de forceps;

2^o *Observation XXVII.* —

C'est le seul décès après Braxton-Hicks. Il s'agit d'une femme présentant des fibromes multiples de l'utérus, et atteinte de rétrécissement du bassin. La tête, retenue dernière, on pratique, trop tardivement, une craniotomie et la femme meurt d'anémie aiguë.

INTERVENTIONS DIVERSES. — a) 7 ruptures des membranes (méthode de Puzos) suivies d'échec complet (I, VI, X, XI, XVIII, XXI, XXVI);

- b) 27 Braxton-Hicks (I à XXVII) ;
 - c) 4 versions (A, B, C, D) ;
 - d) 1 embryotomie (E) ;
 - e) 1 forceps (F) ;
 - f) 1 craniotomie sur tête dernière (XXVII) ;
 - g) 14 délivrances artificielles.
-

CONCLUSIONS

I. — L'hémorragie est le principal accident du placenta prævia. C'est elle qui en fait toute la gravité. Elle acquiert une particulière intensité au cours du travail qu'elle détermine souvent. Elle n'a alors aucune tendance à s'arrêter spontanément. Le traitement doit viser à la faire cesser rapidement. Pour réaliser ce but, nous donnons la préférence à la manœuvre de Braxton-Hicks.

II. — La malade étant anesthésiée, la poche des eaux étant ou non rompue, on fait évoluer le fœtus avec une main qui agit extérieurement, pendant que deux doigts de l'autre main, introduits dans le col, saisissent au passage l'un des pieds du fœtus et l'amènent dans le vagin.

III. — La dilatation peu marquée du col, lorsque l'intervention est précoce, est la cause des difficultés

incontestables. La manœuvre est néanmoins toujours possible.

IV. — L'intervention doit être précoce. Elle est indiquée dès la première hémorragie. On peut néanmoins la faire précéder de la rupture artificielle des membranes. En cas d'échec de celle-ci, il ne faut pas attendre plus longtemps. Les contre-indications sont rares. Ce sont : la rétraction de l'utérus, la rareté du liquide amniotique, l'état d'anémie très avancée chez les malades exsangues qui ne supporteraient pas l'intervention.

V. — Les résultats ont toujours justifié les espérances. L'hémostase a été absolue. Le siège du fœtus réalise un tamponnement parfait et joue en outre le rôle d'agent dilatateur puissant. Il faut rester dans l'expectative pendant toute la durée de la période de dilatation qui suit la manœuvre. Toute tentative d'extraction effectuée avant la dilatation complète doit être condamnée. C'est là le moyen d'éviter la plupart des complications, notamment la déchirure du col.

VI. — Le Braxton-Hicks a été pratiqué 27 fois sur les 34 cas que nous apportons, soit 77 %. Il a tou-

jours été efficace. La mortalité infantile est de 87%. Ce chiffre est élevé, mais il ne faut pas s'en étonner : la vie du fœtus est toujours compromise. Toute tentative faite en vue de le sauver est dangereuse pour la mère. La mortalité maternelle est de 3,70 %. Cette mortalité est très faible étant donné la gravité du placenta prævia. La méthode donne donc des résultats très favorables.

Le Président de la thèse,

FABRE.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 Novembre 1917.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera une bibliographie très complète dans :

CHALLAYE. — Le traitement du placenta prævia pendant le travail.
(Thèse de Lyon, 1904).

BOURRETÈRE. — Contribution à l'étude du pronostic du placenta
prævia. (Thèse de Paris, 1906).

KRÖNIG. — Du traitement du placenta prævia central, *abbl. f. gyn.*,
1908, n° 46.

VORON. — Société d'Obstétrique de Lyon (22 décembre 1909).

FABRE. — Obstétrique. Bibliothèque Gilbert et Fournier (J.-B. Bail-
lière et Fils), Paris, 1915.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Généralités.....	9
CHAPITRE II. — La version par manœuvres mixtes internes ou externes.....	19
CHAPITRE III. — Difficultés.....	26
CHAPITRE IV. — Indications et contre-indications.....	32
CHAPITRE V. — Marche de l'accouchement et de la délivrance — après la manœuvre de Braxton-Hicks.....	38
CHAPITRE VI. — Complications.....	44
CHAPITRE VII. — Avantages.....	48
OBSERVATIONS.....	54
CONCLUSIONS.....	115
BIBLIOGRAPHIE.....	118

